พยาบาลสาร: Nursing Journal

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วารสาร พยาบาลสาร Nursing Journal

ISSN 0125-5118

ปีที่ 48 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2564 • Nursing Journal Volume 48 No.1 January-March 2021

ที่ปรึกษา (Consultant)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี แก้วธรรมนุกูล	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Thanee Kaewthummanukul, PhD, RN	Dean Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ มีสุขโข	รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Jutarat Mesukko, PhD, RN	Associate Dean Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
Wichit Srisuphan, DrPH, RN	Professor
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์	ศาสตราจารย์
Pranom Othagnont, RN, M.E.D.,Ed.D.	Professor
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	ศาสตราจารย์
Somchit Hanucharurnkul, PhD, RN	Professor

บรรณาธิการ (Editor)

ศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Areewan Klunklin, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร แสนศิริพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nantaporn Sansiriphun, PhD, RN, APN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภู่ไพบูลย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Rutja Phuphaibul, DNS, RN	Faculty of Nursing, Mahidol University
ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Veena Jirapaet, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี ฟองแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Warunee Fongkaew, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
Phechnoi Singchugcha, PhD, RN	Faculty of Nursing, Christian University
ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Darawan Thapinta, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Aranya Chaowalit, PhD, RN	Faculty of Nursing, Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Ampornpan Teeranud, PhD, RN	Faculty of Nursing, Khon kaen University

รองศาสตราจารย์. ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Kannika Kantaruksa, PhD, RN	Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
รองศาสตราจารย์. ดร. นัทธมน วุทธานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nuttamon Vuttanon, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช ชูโต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Piyanut Xuto, PhD, RN, APN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Pimpaporn Klunklin, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Wanchai Lertwatthanawilat, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี วรกิจพูนผล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Patcharee Woragidpoonpol, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Apiradee Nantsupawat, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธากรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Weeraporn Suthakorn, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Kwaunpanomporn Thummathai, MSC, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรนุช กิตสัมบันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Varanut Kitsumban, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nattaya Suwankruhasn Ph.D, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Benjamas Suksatit, PhD, RN, APN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Waruntorn Jongrungrotsakul, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา มีชำนาญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chutima Meechamnan, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Piyaporn Prasitwattanaseree, MP.H., RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN	The University of Alabama at Birmingham, School of Nursing, U
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN	University of Washington, Seattle, USA
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA	National Taiwan University Department of Nursing, College of Medicine National Taiwan University Hospital, Taiwan
Tonda Hughes, Ph.D, RN, FAAN	University of Illinois at Chicago (UIC), Collegeof Nursing, USA Department of Health Systems Science
Shake Ketefian, EdD, RN, FAAN	WMU Bronson School of Nursing, USA
Mari Kondo, Ph.D	Faculty of Nursing, Toho University, Japan
Karry Liu Ming, PhD, RN	School of Health Science Macao Polytechnic Institute, Hong Kong
Pamela H. Mitchell PhD, RN, FAHA, FAAN	Biobehavioral Nursing @ Health Systems, School of Nursing University of Washington, USA
Alan Pearson, PhD, RN, FRCNA,	The Joanna Briggs InstituteSchool of Translational Health

FCN, FAAG,FRCN	Science Faculty of Health Sciences The University of Adelaide, Australia
Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN	The University of North Carolina at Chapel Hill, School of Nursing, USA
Josefina A. Tuazon, DPH, RN,	College of Nursing, University of Philippines Manilla, The Philippines
Lynda Wilson, PhD, RN, FAAN	School of Nursing The University of Alabama at Birmingham, USA
Nancy Fugate Woods, PhD, RN, FAAN	Biobehavioral Nursing and Health Systems University of Washington Seattle, USA
Hu Yan, PhD, RN	School of Nursing, Fudan University, China

บรรณาธิการการจัดการ (Managing Editor)

อาจารย์ ดร. รุจาธร อินทรตุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Rujadhorn Indratula, PhD, RN,	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ ดร. กาญจนา ธานะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Kanjana Thana, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ วรรณิตา สอนกองแดง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Wannita Sonkongdang, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางอนุสรา ต๊ะพรหม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Anusra Thaprom	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวชลลดา กองสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chonlada Kongsook	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาววริษา วิกะศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Warisa Wikasillp	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางมาริสา คุปตารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Marisa Guptarak	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นายสุพจน์ เชี่ยวชาญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Supoj Cheiwchan	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวพรธิดา คำมงคล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Pornthida Kummongkol	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

(Editorial office) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand
http://www.TCI-Thaijo.org/index.php/cmunursing

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับวารสารพยาบาลสาร สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์

วารสารพยาบาลสาร ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นการเผยแพร่ ผลงานวิชาการของนักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา ผู้ที่สนใจในวิชาชีพการพยาบาล และผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการวารสารพยาบาลสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไปโดยพยาบาลสารเปิดรับ บทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง ที่กองบรรณาธิการฯ มีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะตีพิมพ์ในพยาบาลสาร

วัตถุประสงค์และขอบเขต

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของพยาบาล นักวิจัย นักศึกษา และ นักวิชาการในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างบุคลากรที่อยู่ในวงการวิชาชีพการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความวิชาการ (Academic article)
3. บทความพิเศษ

กำหนดการออกวารสารปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม
ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน
ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน
ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

การพิจารณาบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณา และตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

จริยธรรมของการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าของผู้เขียน(Duties of Author)

1. บทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และจะต้องแน่ใจว่าผลงาน ดังกล่าวนั้นไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น

2. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ

3. ตรวจสอบการเขียนบทความ ให้ถูกต้องตามรูปแบบตามข้อกำหนดของวาสาร

4. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมด ที่ปรากฏในบทความวิจัยทุกคนต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยจริง

5. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยจะต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองแล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว

2. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน

3. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้นเป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือ ทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่นผู้ทรงคุณวุฒิต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันทีเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่

4. ต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่กำหนด

5. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. พิจารณาคุณภาพของบทความให้มีความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร

2. ตรวจสอบคุณภาพบทความในทุกกระบวนการประเมินก่อนการเผยแพร่

3. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และ ไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

4. ไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความที่ผู้วิจัยได้ส่งมายังวารสาร และผลประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. หากตรวจพบว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์ได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำบรรณาธิการมีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้นๆ

ขั้นตอนการประเมินบทความ

การดำเนินการพิจารณาบทความทั้งหมด จะดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของวารสารพยาบาลสาร เป็นไปตามมาตรฐานสากลโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนมีหน้าที่ส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของวารสารพยาบาลสารในเว็ปไซต์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: https://www.tci-thaijo.org

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อย

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจสอบ เนื้อหาของบทความ รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกบทความ (Plagiarism) ความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของวารสารรวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. กองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรตีพิมพ์ จะดำเนินการจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบคุณภาพของบทความ ว่าเหมาะสมที่จะลงตีพิมพ์หรือไม่ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่น ทราบเช่นกัน

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินผลคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วกองบรรณาธิการจะดำเนินการดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบและดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require) ทางกองบรรณาธิการจะส่งคำแนะนำให้ผู้เขียน แก้ไขบทความ และเมื่อแก้ไขเสร็จแล้วให้ ส่งกลับคืนมายังบรรณาธิการ เพื่อพิจารณาใหม่อีกครั้งโดยอาจส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการแก้ไข หรือ บรรณาธิการตรวจสอบ ด้วยตนเอง ซึ่งหากต้องมีการแก้ไขในรอบที่ 2 จะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข และตรวจสอบผลการแก้ไข จนกว่าจะมีเนื้อหาบทความครบถ้วนสมบูรณ์

5.3 กรณีมีความเห็นให้ ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) กองบรรณาธิการ จะส่งจดหมายแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธ

6. หลังจากกองบรรณาธิการได้ส่งข้อมูลการแก้ไขจากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียนบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเอกสาร และจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไขระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1และ 2 ทุกข้อตามแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไขของวารสารและส่งกลับกองบรรณาธิการ ภายใน 1 สัปดาห์

การจัดเตรียมต้นฉบับ

ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในพยาบาลสารนี้จะต้องเป็นสมาชิกของพยาบาลสารจึงจะได้รับการตีพิมพ์ และกองบรรณาธิการ ใคร่ขอความร่วมมือท่านผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 3.81 ซม. ขอบขวา 2.54 ซม. และขอบซ้าย 3.81 ซม. รวมอ้างอิงทั้งหมดต้องไม่เกิน 15 หน้า การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมดยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน คำสะกดและคำแปลความหมายใช้ภาษาไทยเป็นหลักและใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การใช้ อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนในครั้งแรกก่อนและไม่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐานยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยให้เขียนทับศัพท์โดยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกขอบทความสำหรับวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ e-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) นำดอกจันทร์ไปต่อคำสำคัญส่วนท้ายกระดาษ

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และการอภิปรายผล โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมเป็นประโยคสมบูรณ์และสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 250 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำสำคัญในแต่ละภาษาให้ใช้คำที่สื่อความหมายกับเนื้อหาของงานวิจัย จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามตัวอักษร

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของ<u>บทความวิจัย</u>

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
วัตถุประสงค์การวิจัย
คำถามการวิจัย
สมมติฐานการวิจัย
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
วิธีดำเนินการวิจัย
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย
การอภิปรายผล
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ส่วนที่ 3 ส่วนเนื้อหาของ<u>บทความวิชาการ</u>

บทนำ (Introduction)
เนื้อหา
บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Cite and References)

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA6) โดยมีหลักเกณฑ์การลงรายการการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในรายชื่อเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม

2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการแล้วให้ระบุคำว่า (In Thai) ไว้ท้ายรายการ

4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 20 รายการ

5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) อย่างเคร่งครัด

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์วารสารฯ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียน ใน ThaiJo ได้บนหน้าเว็บไซต์ของวารสาร

2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอนำส่งบทความผ่านทางหน้าเว็ปไซต์ ThaiJo ของวารสารพยาบาลสาร URL: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing กรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.4 สำเนาใบเสร็จสมาชิก วารสารพยาบาลสาร

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เลขที่ 110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
เบอร์ติดต่อ 053-949100

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ **1**
Developing Care System Network for Stroke Patients in Chiang Mai Province

นาฏยา	**เอื้องไพโรจน์**	Nataya	Uangpairoj
ชนกพร	**อุตตะมะ**	Chanokporn	Uttama
จรรยา	**กาวีเมือง**	Chanya	Kaweemuang
ปริชาติ	**ขันทรักษ์**	Parichat	Khantarak

ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้า ของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด **15**
The effect of Supportive-educative Nursing System on Fatigue Among Acute Leukemia Persons Receiving Chemotherapy

จารุรินทร์	**พงษ์ประเทศ**	Jarurin	Pongprathet
สุดารัตน์	**สิทธิสมบัติ**	Sudarat	Sittisombut
ประทุม	**สร้อยวงค์**	Pratum	Soivong

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว **28**
Effects of a Self-Management Education Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Atrial Fibrillation

อรพิน	**มโนรส**	Orapin	Manoros
ทศพร	**คำผลศิริ**	Totsaporn	Khampolsiri
ณัฐธยาน์	**สุวรรณคฤหาสน์**	Nattaya	Suwankruhasn

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง **41**
The effect of Social Support Program on Adaptation of Stroke Caregivers

ยุวรีย์	**อินทร์เพ็ญ**	Yuwaree	Inphen
จินดารัตน์	**ชัยอาจ**	Jindarat	Chaiard
ทศพร	**คำผลศิริ**	Totsaporn	Khampolsiri

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง **54**
Food Consumption Behaviors and Nutritional Status in Older Persons with Stroke

สุชารินี	**ศรีสวัสดิ์**	Sucharinee	Srisawat
ทศพร	**คำผลศิริ**	Tosaporn	Kumpolsiri
ศิริรัตน์	**ปานอุทัย**	Sririrat	Panuthai

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง **67**
Health Literacy and Health Promoting Behaviors Among Karen Older Persons

ยุทธการ ประพากรณ์ Yoottakan Prapakorn
โรจนี จินตนาวัฒน์ Rojanee Chintanawat
เดชา ทำดี Decha Tamdee

การเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม **80**
Enhancement of Meaning in Life and Life-Satisfaction Among the Elderly in an Elderly Care Center Through Existentially Based Group Counseling

ศิริวดี อรุณจินดาตระกูล Siriwadee Arunjindatrakul
ณัฐวุฒิ อรินทร์ Natthawut Arin

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล **92**
Factors Related to Promoting Post Operative Physical Activities in Children with Congenital Heart Disease Among Caregivers

บุษกร ยอดทราย Bootsakorn Yotsai
อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet
อัจฉราพร ศรีภูษณาพรรณ Acharaporn Sripusanapan

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล **107**
Factors Related to Caring for Children with Congenital Heart Disease After Heart Surgery Among Caregivers

พิเศษ เขื่อนทอง Phiset Khueanthong
อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet
พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น Pimpaporn Klunklin

ภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* ในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก: การศึกษานำร่อง **122**
'Lanna' Local Wisdom in Promoting Well-being of Children: A Pilot Study

ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ Chawapornpan Chanprasit
สุมาลี เลิศมัลลิกาพร Sumalee Lirtmunlikaporn
หรรษา เศรษฐบุปผา Hunsa Sethabouppha
วรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล Waruntorn Jongrungrotsakul

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

การวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ **134**
Situational analysis of Breast Cancer Screening in Lahu Women at Pa Pong Sub-District, Doi Saket District, Chiang Mai Province

ธัญทิพย์ คงเสถียรพงษ์ **Tantip Kongsathienpong**
วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ **Wilawan Tuanrat**
ศิวพร อึ้งวัฒนา **Sivaporn Aungwattana**

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน **147**
Factors Related to Preventive Behaviors Prior to Knee Osteoarthritis of Persons in Community

เพียงระวี นิประพันธ์ **Piangrawee Niprapan**
สุมาลี เลิศมัลลิกาพร **Sumalee Lirtmunlikaporn**
รังสิยา นารินทร์ **Rangsiya Narin**

พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล **159**
Cyberbullying Behavior and Cybervictimization Among Nursing Students

หทัยชนก เผ่าวิริยะ **Hathaichanok Phaowiriya**
นารีรัตน์ บุญเนตร **Nareerat Boonnate**
จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส **Jinjutha Chaisena Dallas**
วรรณทนา ศุภสีมานนท์ **Wantana Suppaseemanont**

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน **174**
Factors Related to Practices of Village Health Volunteers in Preventing Pulmonary Tuberculosis Transmission in Community

เอกพันธ์ คำภีระ **Aekkaphan Khampeera**
สุมาลี เลิศมัลลิกาพร **Sumalee Lirtmunlikaporn**
อะเคื้อ อุณหเลขกะ **Akeau Unahalekhaka**

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

การพัฒนาสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา **187**
Development of Multimedia in Preventing Pulmonary TuberculosisInfection for Myanmar Workers

ศศิวรรณ บัวแดง Sasiwun Buadaeng
นงค์คราญ วิเศษกุล Nongkran Viseskul
อะเคื้อ อุณหเลขกะ Akeau Unahalekhaka

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น **199**
Effect of a Contraceptive Promotion Program on Knowledge and Intention of Contraceptive Use Among Adolescent Mothers

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ Punpilai Sriarporn
ฤดี ปุงบางกะดี Rudee Pungbangkadee
จิราวรรณ ดีเหลือ Jirawan Deeluea
จิระศักดิ์ สาระรัตน์ Jirasak Sararat
พัชนียา เชียงตา Patchaneeya Chiangta
ชัชฎาพร จันทรสุข Chutchadaporn Jantarasuk
ลวิตรา เขียวคำ Lawitra Khiaokham
รุณราวรรณ์ แก้วบุญเรือง Runrawan Kaewboonruang

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์ **210**
Health Literacy and Exercise Behaviors Among Pregnant Women

รพีพร ขวัญพร้อม Rapeeporn Khwanprom
จันทรรัตน์ เจริญสันติ Jantararat Chareonsanti
พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ Panpilai Sriarporn

การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด **222**
Social Support, Uncertainty, and Coping Among Women with Preterm Labor

ลักษคณา เจริญราษฎร์ Laksakana Charoenraj
ฉวี เบาทรวง Chavee Baosoung
นันทพร แสนศิริพันธ์ Nantaporn Sansiriphun

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ **234**
Factors Related to Depression Among Gestational Diabetic Women
สุพิญ์ฌานันท์ บางสุวรรณ **Supichanan Bangsuwan**
กรรณิการ์ กันธะรักษา **Kannika Kantaruksa**
นงลักษณ์ เฉลิมสุข **Nonglak Chaloumsuk**

ความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอดและสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ **245**
Anxiety, Childbirth Experience and Childbirth Self-efficacy of Pregnant Women
อัจฉรียา จิระมณี **Atchareya Jiramanee**
ฉวี เบาทรวง **Chavee Baosoung**
นันทพร แสนศิริพันธ์ **Nantaporn Sansiriphun**

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก **257**
Factors Related to Anxiety of First-time Expectant Fathers
อัญทิตา กาญจนแก้ว **Antita Kanjanakaew**
นันทพร แสนศิริพันธ์ **Nantaporn Sansiriphun**
ฉวี เบาทรวง **Chavee Baosoung**

ผลของการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก **269**
แบบทั่วไป ต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย
The Effect of Readiness Pattern of Care for Patients Undergoing General Anesthesia
On State Anxiety in Srisangwornsukhothai Hospital Sukhothai Province
วรางคณา พุทธรักษ์ **Warangkana Puttaruk**

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต **281**
Factors Related to Health-related Quality of Life Among Critically Ill Survivors
กชพร พงษ์แต้ **Kodchaporn Pongtae**
จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช **Chiraporn Tachaudomdach**
มยุลี สำราญญาติ **Mayulee Somrarnyart**

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี **295**
Health Beliefs and Health Behaviors Among Persons with Systemic Lupus Erythematosus

กรรณิการ์	**กองบุญเกิด**	**Kannika**	**Kongbunkird**
นัทธมน	**วุทธานนท์**	**Nuttamon**	**Vuttanon**
ประทุม	**สร้อยวงค์**	**Pratum**	**Soivong**

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและผลิตภาพตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิเมืองจิ่งหง สาธารณรัฐประชาชนจีน **306**
Work Empowerment and Productivity as Perceived by Nurses in Secondary Hospitals, Jinghong City, the People's Republic of China

หลี่	**เฉิน**	**Li**	**Chen**
กุลวดี	**อภิชาตบุตร**	**Kulwadee**	**Abhicharttibutra**
อรอนงค์	**วิชัยคำ**	**Orn-anong**	**Wichaikhum**

สารบัญ

บทความวิชาการ **หน้า**

โยคะ: ศาสตร์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ **318**
Yoga: Alternative science for caring pregnancy women
เยาวเรศ สมทรัพย์ **Yaowares Somsap**

การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานในองค์กรพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัย **331**
Accident Prevention at Work in Professional Nursing Organization Based on Safety Culture
วชิระ สุริยะวงค์ **Wachira Suriyawong**
เทียมศร ทองสวัสดิ์ **Tiamsorn Tongswas**

การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่มีภาวะกลุ่มอาการเมอริซซี่ **341**
Perioperative Nursing care of gallstone patients with Mirizzi Syndrome
บุญชู อนุสาสนนันท์ **Boonchoo Anusasananun**
วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ **Wanchai Lertwatthanawilat**

บทบาทพยาบาลในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล **355**
The Nurses' Role in Rational Drug Use in Hospital
อัจฉริยา เชื้อเย็น **Achariya Churyen**

บทบรรณาธิการ

สวัสดีปีใหม่สมาชิกพยาบาลสารทุกท่าน ปีนี้เป็นปีวัวทอง ทางกองบรรณาธิการยังคงพัฒนาคุณภาพวารสารของเราต่อไป พยาบาลสารฉบับที่ 1 ของปีที่ 48 ตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่หลากหลายประเด็นมากขึ้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งบทความวิชาการ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลหลัก ภูมิปัญญาท้องถิ่น ‘ล้านนา’ ในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก: การศึกษานำร่อง การพัฒนาสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น ผลของการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย การวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้องอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ และบทความวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ ได้แก่ Work Empowerment and Productivity as Perceived by Nurses in Secondary Hospitals, Jinghong City, the People's Republic of China นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับ โยคะ: ศาสตร์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานในองค์กรพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัย การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่มีภาวะกลุ่มอาการเมอริซซี่ บทบาทพยาบาลในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความวิจัยและบทความวิชาการจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านทุกท่าน ขอขอบคุณที่ส่งบทความวิจัยมาตีพิมพ์กับพยาบาลสารของเราและทางกองบรรณาธิการจะยังคงมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่องตลอดไป

ศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ กลั่นกลิ่น
บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาร

อาคารเรียนคณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING
คณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่
Developing Care System Network for Stroke Patients in Chiang Mai Province

นาฏยา	เอื้องไพโรจน์ *	Nataya	Uangpairoj *
ชนกพร	อุตตะมะ **	Chanokporn	Uttama **
จรรยา	กาวีเมือง **	Chanya	Kaweemuang **
ปริชาติ	ขันทรักษ์ **	Parichat	Khantarak **

บทคัดย่อ

ระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองต้องการการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้บริบทของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ โดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาโปรแกรม 3) นำไปใช้ 4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 105 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน ถึงเดือน สิงหาคม 2563 จำนวน ผู้ป่วย 912 คน และกลุ่มศึกษาคือกลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2563 จำนวน 815 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสาร ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน paired t-test, Independent t- test และ exact probability ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานการดูแล ประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ระยะก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital) เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล 2)ระยะการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (in hospital) การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการบริหารจัดการการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 3) ระยะการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (post hospital) การส่งต่อผู้ป่วยสู่การดูแลโดยชุมชน ทีมสหวิชาชีพ เข้าร่วมกับหน่วยงานในชุมชนติดตามเยี่ยม เพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล โดยมีองค์ประกอบหลัก คือ STROKE CARE และก่อให้เกิดผลลัพธ์ภาพรวมด้านการรักษาพยาบาล คือ อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 60 นาที มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.25 เป็นร้อยละ 85.00 อัตราผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ตามมาตรฐานเวลา ภายใน 180 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ

* *ผู้เขียนหลัก, หัวหน้าภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์*

* *Corresponding Author, Deputy Director of Nursing, Nakornping Hospital, nataya_ua@hotmail.com*

** *พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*

** *Professional Nurse, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province*

วันที่รับบทความ 18 มกราคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 23 กุมภาพันธ์ 2564 วันตอบรับบทความ 3 มีนาคม 2564

54.19 เป็น 59.92 อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบ ลดลงจากร้อยล 6.90 เหลือร้อยละ 3.19 อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ลดลงจาก 7.01 เหลือ 4.75 อัตราการเกิดแผลกดทับลดลงจาก1.20 เหลือ 0.98 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดลงจาก 7 วันเหลือ 5 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 25,230 บาท เหลือ 18,445 บาท อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงจากร้อยละ 8.55 เหลือ 4.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มจากร้อยละ 62.25 เป็น 72.10 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.62 เป็น 3.60 และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปได้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ: *ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, เครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง*

Abstract

A care system of Stroke required the rapid service access and the effective continuity care. This research and developmental study (R& D) aim to develop a system for stroke care network in Chiang Mai province. The process of this study was categorized in to four main stages which were (i) situation analysis (ii) program development (iii) implementation and (iv) evaluation. The sample of this study were recruited purposively which consisted 30 people from multidisciplinary team of stroke care in Chiang Mai province, 105 Registers Nurse and case manager from Nakornping Hospital and the stroke patients who had been admitted at Nakornping Hospital Chiang Mai province. The stroke patients were divided into two groups. The control group had 912 patients and data were collected from June to August 2020. The study group had 815 stroke patients who were cared for by using the complete stroke care program and data were collected from October to December 2020. Data were collected by using indept interview, focus group, and participatory observation and documentation study. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics, inferential statistics which were paired t-test, Independent t-test and exact probability, while the qualitative data were analyzed by using content analysis.

The results of the study revealed a standard care for stroke patients which composed of three stages which were (i) Pre hospital Stage which starts from screening the patients to admitted to the hospital (ii) In hospital Stage in which the patients had been cared for by the multidisciplinary team, nurse case manager who provided and managed the care through the period of hospitalization and training primary caregiver in caring for the patients (iii) Post hospital care this was to provide continuous care in the community by the community team together with the multidisciplinary team. The help was provided to the patients specifically according to their problems which comprise of the concept of STROKE CARE. This has resulted in effective care of the patients receiving rt-PA within 60 minutes increased from 81.25 % to 85 %. The patients received care with the standard

of 180-minute rise from 54.19 % to 59.92 %. Complication rate from pneumonia decreased from 6.90% to 3.19%, Urinary tract infection rate decreased from 7.01% to 4.75%, pressure ulcers rate decreased from 1.20% to 0.98%. Besides this, Length of stay (LOS) has lessened from 7 days to 5 days, average total expenditure in hospital were decreased from 25,230 THB to 18,445 THB, readmission within 28 days reduced from 8.55 % to 4.09 % statistically significant at .05. Additionally, the numbers of stroke patients who had ability to perform their activity of daily living has increased from 62.25% to 72.10%, their also had higher quality of life rating from 2.62 to 3.60. The patients and their caregivers were also reported to have higher satisfaction statistically significant at .05.

It could be concluded that the care system network for stroke patients that were developed could improve the patients care and the quality of life of the patients effectively

Keywords: *Care System for Stroke Patients, Stroke network*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง สถิติโลกระบุว่าปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป (World Stroke Organization [WSO], 2020) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยปีละประมาณ 300,000 คนต่อปี ทุก 10 วินาที มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตเพิ่ม 1 คน พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของอัตราตายจาก 47.81 ต่อแสนประชากรในปี 2560 เป็น 52.97 ต่อแสนประชากรในปี 2562 และพบเสียชีวิตมากในอายุ 40-60 ปีตามลำดับ ตามลำดับ (Division of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control, 2020) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 31 มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ร้อยละ 90 แม้เมื่อฟื้นหายผู้ป่วยมักจะมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ (Veldeman et al., 2016) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างน้อย 100,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 12,619 บาทต่อเดือน (National Trustworthy and Competent Authority in Epidemiological Surveillance and Investigation, 2013)

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเครือข่ายล้านนา 1 เป็นศูนย์ความเป็นเลิศในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเชื่อมโยงกับเครือข่าย มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2559 - 2562 จำนวน 898, 995, 1,153 และ 1,108 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.92, 10.55, 9.89 และ 11.01 ตามลำดับ ระยะวันนอนเฉลี่ย เท่ากับ 10.13, 9.92, 9.00 และ 9.65 วัน ตามลำดับ (เป้าหมายคือ 6 วัน) อัตราการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.35, 8.15, 8.03 และ 7.41 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบ ร้อยละ 14.51, 10.90, 7.25 และ 10.76 ตามลำดับ อัตราของการเกิดทางเดินปัสสาวะอักเสบ ร้อยละ 6.35, 7.74, 6.64 และ 7.23 ตามลำดับ และอัตราการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 0.79, 1.32, 1.05 และ 1.27 ตามลำดับ (Policy and Planning Information Center Nakornping Hospital., 2019.) จากการวิเคราะห์ปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะพบว่า ระยะก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาได้ทันเวลาตามมาตรฐาน ขาดความเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีรูปแบบเฉพาะสำหรับการคัดกรองผู้ป่วย ระบบการให้คำปรึกษาและระบบการส่งต่อฉุกเฉิน (Fast track) จากโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ พยาบาลขาดทักษะการพยาบาล ขาดการนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์มาใช้ ทำให้การดูแลในระยะต่างๆ ของผู้ป่วยขาดความชัดเจน โดยเฉพาะในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูง อัตราการครองเตียงเป็นระยะเวลานาน อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันเพิ่มสูงขึ้น และการศึกษาของ (Wongsa, Soivong, & Chaiard, 2018) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัยพบว่าในช่วง 6 เดือนแรกมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อมโยงทั้งระบบแบบครบวงจรของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม เชื่อมโยงทั้งระบบเครือข่ายบริการอย่างไร้รอยต่อ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกระยะของความเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมความฟื้นหาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิต ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร โดยใช้บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

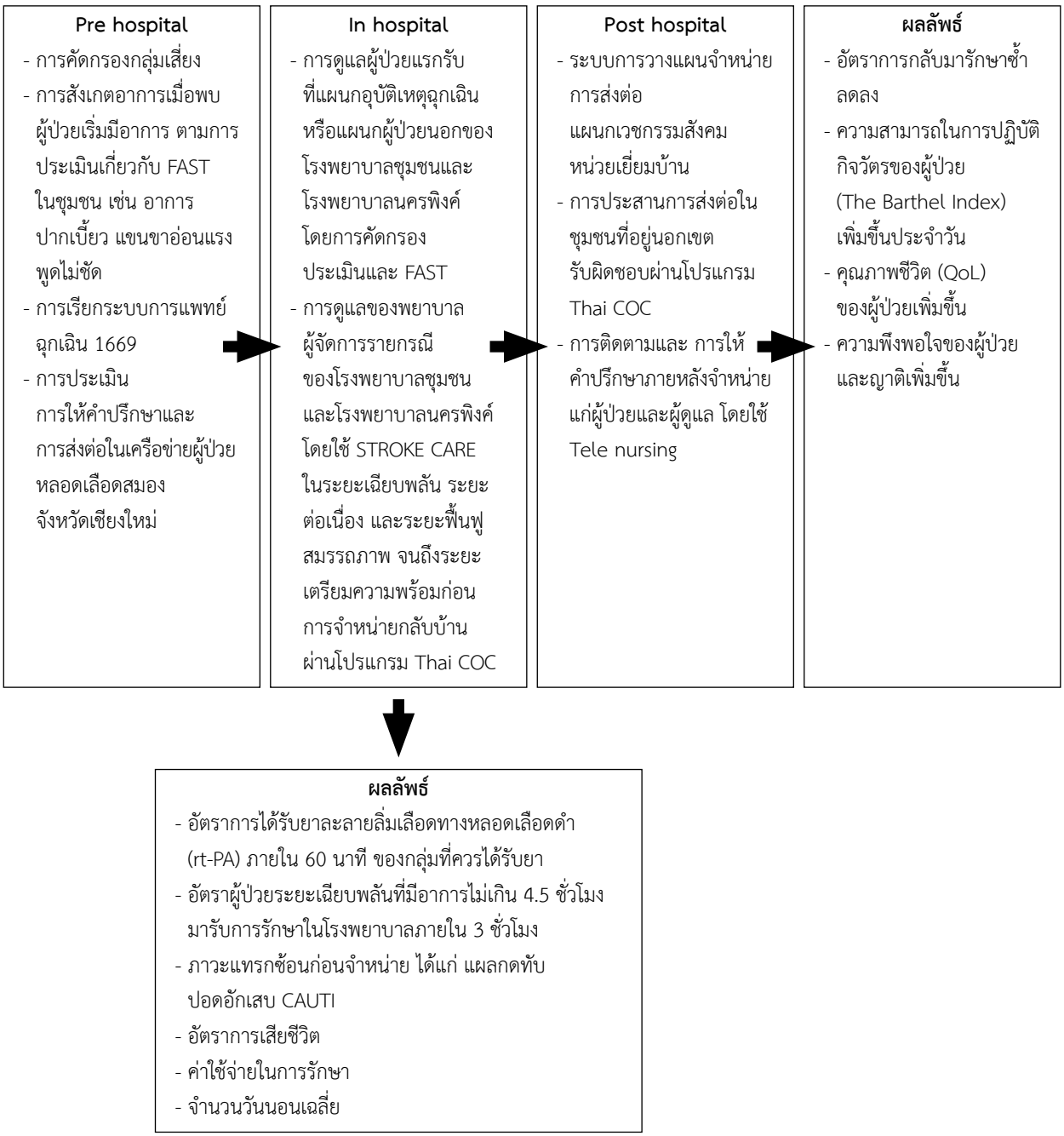
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ผลลัพธ์ด้านตัวผู้ป่วย 1) ผลลัพธ์รายบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 2) ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ อัตราการได้รับยาภายใน 60 นาที (door to needle time) อัตราผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 180 นาที (Onset to hospital time) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ อัตราการเกิดปอดอักเสบ อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการเกิดทางเดินปัสสาวะอักเสบ ระยะวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

2.2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตและในระยะต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่แบบครบวงจร โดยใช้แนวคิดของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน การดูแลต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาเป็นกรอบเชิงเนื้อหา โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (pre-hospital) ระยะรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (in hospital) ระยะต่อเนื่องในชุมชน (post hospital) ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ทีมวิจัยดำเนินการวิจัยหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลนครพิงค์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 153/2563 โดยใช้แนวคิดการพัฒนาระบบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน การดูแลต่อเนื่องและแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง โดยการขับเคลื่อนผ่านพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager)

ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 ถึง ธันวาคม 2563 ดังนี้ การดำเนินการพัฒนาการดำเนินการแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดยทำการศึกษาจาก 3 แหล่งข้อมูลดังนี้

1. ทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบเดิม กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 15 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่กลับมารักษาซ้ำ และอัตราการเสียชีวิต ข้อมูลรายงานเป็นจำนวนและร้อยละ

2. สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน หอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชายและหญิง คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นแนวคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปประเด็นนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

3. สัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้างกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกแบบจำเพาะ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิดในประเด็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเนื้อหาและสรุปในภาพรวม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ทีมวิจัยศึกษาแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ทฤษฎีการดูแลต่อเนื่อง ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อระดมสมองหาแนวทางการพัฒนาระบบจำนวน 5 ครั้ง นำระบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ระยะการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ 1) ขั้นเตรียมสมรรถนะของบุคลากร โดยคัดสรรพยาบาลผู้จัดการรายกรณีพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ปฏิบัติ โดยผู้วิจัยจัดทบทวนความรู้และพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลนครพิงค์ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ร่วมพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพ 2) ขั้นการนำระบบไปใช้ โดยผ่านพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นตัวขับเคลื่อนของระบบ

ระยะที่ 4 ศึกษาผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น โดยการประเมินผลลัพธ์การนำระบบที่พัฒนาไปใช้ในเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

4.1 ระบบการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ มีระบบดังนี้ ระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (pre-hospital) ระยะรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (in hospital) ระยะต่อเนื่องในชุมชน (post hospital)

4.2. ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเปรียบเทียบ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2563 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 912 ราย และกลุ่มศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2563 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 815 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเครื่องมือที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและมีองค์ประกอบของ STROKE CARE รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์โดยรวม ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ระยะวันนอนโรงพยาบาล การกลับเข้ารักษาซ้ำ การเสียชีวิต 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ซึ่ง (Yamwong, 2008) ได้นำมาปรับใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิง อนุมาน วิเคราะห์ด้วย exact probability test, Independent t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

4.3. ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่มีความพิการหลงเหลือ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองThe One Group Pretest Posttest Design เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำประชาพิจารณ์ กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาจนเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 1 กลุ่ม ขนาดตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยต้องการทดสอบว่าหลังจากใช้โปรแกรม จะเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากเดิมร้อยละ 50 เพิ่มเป็นร้อยละ 70 คำนวณการทดสอบแบบทางเดียว ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งที่ .05 อำนาจทดสอบ .80 ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องศึกษากลุ่มละ 42 คน ในการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน เครื่องมือในการวิจัยคือ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คณะผู้วิจัยดัดแปลงจาก the Barthel index of activities of daily living ของ Institute of Neurology. (2010) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่เข้ารับการรักษา และที่ 1 เดือนหลังจำหน่าย และ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย (Thai-SS-QoL-12) ทีมวิจัยใช้แบบสอบถามของ (Thangkrathok et al., 2016) ที่สร้าง ขึ้นมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ เครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบความตรงและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ chi-square เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระยะการเปลี่ยนผ่านสรุปตามขั้นตอนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ มีดังนี้

1.1 อาคารสถานที่ จำนวนเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่รองรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องไม่เพียงพอ เนื่องจากมีเตียงจำกัด

1.2 วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ เช่น เครื่องเฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือด และอุปกรณ์ตรวจร่างกาย

1.3 สมรรถนะของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พร่องความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นความรู้การให้ยาละลายลิ่มเลือด ความสามารถในการประเมินและการจัดการภาวะเร่งด่วน การสื่อสารประสานงาน การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ที่ผ่านมายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทำงานร่วมกันเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุมทำให้ผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง

2. ผลการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การพัฒนาหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย การแต่งตั้งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้ครบทั้งในรพช.ในทุกหอผู้ป่วยอายุรกรรม การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการดูแล การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และการประเมินผลการนำปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแล ภายหลังการนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาไปใช้ และประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ดังนี้

1. ผลลัพธ์รายบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน หลังจากมีการนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรภาพผู้ป่วยมาใช้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีคะแนนที่เพิ่มสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ในเวลาเริ่มโปรแกรมและที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน (n=50)

องค์ประกอบ	Baseline (n=50)		1-month (n=50)		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม	2.62	1.07	3.60	1.01	- 5.054	0.001*
- ระดับคุณภาพชีวิต	ระดับปานกลาง		ระดับมาก			
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	62.25	9.13	72.10	7.38	- 6.735	0.001*
- ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ระดับปานกลาง		ระดับดี			

*ค่า P < .05

2. ผลลัพธ์โดยรวมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนมิถุนายน จนถึงเดือนธันวาคม 2563 โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลรักษาในภาพรวมก่อนการพัฒนาระบบใน 3 เดือนแรก ตั้งแต่ มิถุนายน ถึงเดือน สิงหาคม 2563 และหลังพัฒนาระบบ เดือน ตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2563 พบว่าการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) มีอัตราเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่าย จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน มีอัตราลดลง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ภาพรวมก่อนและหลังการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาล	กลุ่มก่อนนำระบบฯมาใช้ มิ.ย. - ส.ค. 2563 n = 912		กลุ่มที่ใช้ระบบฯ ต.ค - ธ.ค. 63 n= 815		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 60 นาทีของกลุ่มที่ควรได้รับยา (n=32, 20)	26	81.52	19	95	0.035*
อัตราผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง (n=286, 267)	155	54.19	148	55.43	0.691
ภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่าย					
แผลกดทับ	11	1.20	8	0.98	0.035*
ปอดอักเสบ	63	6.90	26	3.19	0.014*
CAUTI	64	7.01	39	4.78	0.036*
อัตราการเสียชีวิต	68	7.45	45	5.52	0.044*
ค่าใช้จ่ายในการรักษา (บาท)		25,230		18,445	0.645
จำนวนวันนอนเฉลี่ย		7.32		4.86	0.483*
อัตราการกลับมารักษาซ้ำ	78	8.55	40	4.09	0.039*

* ค่า p < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ กลุ่มก่อนและหลังการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรมาใช้

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความพึงพอใจ			
	mean	SD	t	p-value
กลุ่มก่อนนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ (n =50)	110	13.34	- 2.240	0.034*
กลุ่มใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n =50)	118	11.58		

* ค่า p < .05

3. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ

3.1 อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต ของหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติครบถ้วนในการรายงานแพทย์ด่วน ภายในระยะเวลา 4 นาที และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ส่วนแนวปฏิบัติด้านอื่นอัตราการปฏิบัติของพยาบาลมากกว่าร้อยละ 85 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต ของหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง (n=15)

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	จำนวนร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต		
- การคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาล	14	93.33
- การประเมินอาการในระยะฉุกเฉินเฉียบพลัน	14	93.33
- การประเมินอาการทางระบบประสาทเบื้องต้น โดยพยาบาล	14	93.33
- การรายงานแพทย์ด่วน ภายในระยะเวลา 4 นาที	15	100
- การประเมินผู้ป่วยเข้าระบบทางด่วน (stroke fast track)	14	93.33
- ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมง	13	86.66
- ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด	15	100

3.2 อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะต่อเนื่อง ของหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม พบว่าทุกแนวปฏิบัติ พยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 85 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะต่อเนื่องของหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม (n=90)

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	จำนวนร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย		
- แนวทางประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะต่อเนื่อง เช่น การประเมินสภาพโดยใช้แบบประเมินทางระบบประสาท (NIHSS/GCS)	77	85.55
- กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุ	78	86.66
- แนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการส่งตรวจพิเศษ	80	88.88
- กิจกรรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อวางแผนจำหน่าย	79	87.77

การอภิปรายผล

กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ สร้างขึ้นโดยทีมวิจัย ช่วยให้ผลลัพธ์ด้านตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจาก ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้เกิดมาตรฐานการดูแล ประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ระยะก่อนมาโรงพยาบาล (pre-hospital) เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล โดยทีมสหสาขา และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพิ่มขึ้น ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินตนเองของโรคหลอดเลือดสมอง มีสื่อในการให้ความรู้ การเข้าถึงระบบการเรียกใช้บริการ 1669 ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น สำหรับโรงพยาบาลชุมชนมีระบบการให้คำปรึกษา ระบบช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลเครือข่าย 2) ระยะการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (in hospital) การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการบริหารจัดการการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน การดูแลต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีการประเมินผลการปฏิบัติผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่าย ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลดีขึ้น 3) ระยะการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (post hospital) การส่งต่อผู้ป่วยสู่การดูแลโดยชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล ใช้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการติดตาม ให้ข้อมูลย้อนกลับในเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ และให้คำปรึกษาใช้ Tele nursing ภายหลังจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอตามแผนการดูแล มีการประสานงานการส่งต่อโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจำหน่ายร่วมกับหน่วยงานในชุมชน

เห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่นี้เริ่มตั้งแต่การรณรงค์ผ่านหน่วยบริการสุขภาพ

ในเครือข่าย เพื่อคัดกรองและประเมินอาการเริ่มแรกของโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงการบริการให้คำปรึกษากับประชาชน บุคลากรทางสุขภาพทุกระดับโดยผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล หน่วยบริการมีการให้คำปรึกษาไปพร้อมๆ กับระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็วในระยะแรก สำหรับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรับปรุงจนมีมาตรฐานการดูแลเพิ่มขึ้น โดยเกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ การใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ในการบริหารจัดการการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสู่การดูแลโดยชุมชนทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมกับหน่วยงานในชุมชนติดตามเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamkhong (2014) ซึ่งมีการพัฒนาตั้งแต่กระบวนการคัดกรองการรักษาพยาบาล จนถึงการส่งต่อกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งเป็นระบบการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงหลายภาคส่วนตั้งแต่ท้องถิ่นชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ และการศึกษาของ Kuswan & Hankunakul (2009) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยใช้แนวคิดเชิงระบบร่วมกับการใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติตามระดับขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ด้านการดูแลผู้ป่วยทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพรวดเร็วขึ้น ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจและได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จากการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้ พบว่าระดับความพึงพอใจดีขึ้น

ด้านระบบการพยาบาล ทำให้เกิดความชัดเจนในการนำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลที่เน้นการมองผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและระบบสุขภาพ ซึ่งการศึกษาของ Sangsongrit et al. (2014) พบว่าปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยา มีผลต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เห็นแนวทางในการวัดผลลัพธ์ในทางการปฏิบัติ เพื่อการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพการมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีโดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดี ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Phanichkul (2011) การไม่มีภาวะแทรกซ้อนไม่มีความพิการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Warlae (2016) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยะลาจะได้รับการวางแผนดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน มีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาได้รับการสอนและคำแนะนำอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับ (Polchaiyo, Masaeng, Kerdkaew, 2017) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานการดูแล เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการ การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการบริหารจัดการการดูแล การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การส่งต่อผู้ป่วยสู่การดูแลโดยชุมชนทีมสหวิชาชีพ เข้าร่วมกับหน่วยงานในชุมชนติดตามเยี่ยม เพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล และก่อให้เกิดประสิทธิผลทางคลินิก คืออัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยลดลง

สรุป การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องมีระบบการดูแลที่ดีมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตั้งแต่การส่งเข้ามารับการรักษา การส่งต่ออย่างรวดเร็ว การดูแลรักษาในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่องในโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมและสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันและกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่ต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพและกลไกสำคัญที่ทำให้ระบบมีความยั่งยืน

2. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะกลาง (Intermediate care)

เอกสารอ้างอิง

Division of NCDs Department of Disease Control (2020). *Annual Report 2019.* Bangkok: Graphic and Design Printing House. (In Thai)

Institute of Neurology. (2010). *Treatment of patients with cerebrovascular disease in the acute phase.* Bangkok: Jichak Sale Printing. (In Thai)

Khamkhong, M. (2014). Stroke patient care: community hospital context. *Journal of Mahidol University. Academic, 18*(35), 133-143. (In Thai)

Krejcie RV, Morgan DW. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30,* 607-10.

Kusuwan,C., & Hankunakul, W. (2009). Development of continuous care system in vascular patients brain in Nopparat Rajathanee Hospital. *Journal of the Department of Medicine, 34*(5), 376-382. (In Thai)

National Trustworthy and Competent Authority in Epidemiological Surveillance and Investigation. (2013). *An investigation report on chronic non-chronic disease surveillance (2007-2009).* Retrieved August 2020, from http://203.157.15.4/ncd/chronic/chronic_52_10091170940.doc

Phanichkul, K. (2011). *Factors correlated with quality of life of stroke patients.* Saraburi. (In Thai)

Polchaiyo, S., Masaeng, A., Kardkaew, B. (2017). Development of a care system for stroke patients under the context Tertiary Hospital. *Nakhon Phanom University Journal 25th anniversary academic session,* 26-35. (In Thai)

Policy and Planning Information Center Nakorn Ping Hospital. (2019). *Stroke patient statistics.* Chiang Mai: Nakorn Ping Hospital. (In Thai)

Sangsonggrit, N., et al. (2014). Predictors of medication adherence in ischemic stroke patients. *Nursing Journal, 41*(2), 61-71. (In Thai)

Thangkrathok, P., Phosai,W,. PhiphatSombat, P. Trinaatthawan, P., & Suksathan,V. (2016). Correctness and accuracy of the stroke patient-specific quality of life survey version. *Thai Journal of Health Sciences, 26*(3), 3-43. (In Thai)

Veldeman M, Höllig A, Clusmann H, Stevanovic A, Rossaint R, Coburn M. (2016). Delayed cerebral ischaemia prevention and treatment after aneurysmal subarachnoid haemorrhage: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia, 117*(1), 17-40.

Warlae, H. (2016) *Factors affecting health quality of life of stroke patients. Yala Hospital, Yala Province.* (Master of Science. Department of Public Health), Graduate School Yala, Rajabhat University. (In Thai)

Wongsa, D., Soivong, P, & Chaiard., J. (2018). Quality of life among stroke persons within six months post diagnosis. *Nursing Journal, 45*(2), 40- 50. (In Thai)

World Stroke Organization. (2020). What is stroke ?. Retrieved on19 Jan 2020 Retrieved from http://www.worldstrokecampaign.org/Facts/ Pages/WhatisStroke.aspx

Yamwong, C. (2008). Development of stroke patient care planning system using nurses: Case manager Sawanpracharak Hospital. *Sawan Pracharak Vejsarn, 1*(5),769-779. (In Thai)

ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด
The effect of Supportive-educative Nursing System on Fatigue Among Acute Leukemia Persons Receiving Chemotherapy

จารุรินทร์	พงษ์ประเทศ *	Jarurin	Pongprathet *
สุดารัตน์	สิทธิสมบัติ **	Sudarat	Sittisombut **
ประทุม	สร้อยวงค์ ***	Pratum	Soivong ***

บทคัดย่อ

ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดอาการหนึ่งในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 12 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นเวลา 9 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แผนการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ 2) คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า 3) แบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และ 4) แบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1998) ที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย Pritsanapanurungsie (2000) เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบแมนวิทยนีย์ยูและสถิติทดสอบวิลคอกซันจับคู่เครื่องหมายตำแหน่ง

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรธานี*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, Udon Thani Hospital, fonfy_jj@hotmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Assistant professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 19 มกราคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 22 มิถุนายน 2562 วันตอบรับบทความ 24 กันยายน 2563

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ดังนั้นจึงควรนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้เป็นรูปแบบหนึ่งของการพยาบาลเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า

คำสำคัญ: *ความเหนื่อยล้า, ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้, มะเร็งเม็ดเลือดขาว, เคมีบำบัด*

Abstract

Fatigue is one of the most common symptoms among acute Leukemia patients who have been treated with chemotherapy. The supportive-educative nursing system promotes self-care ability in patients in order to alleviate fatigue. This study aims to study the effect of supportive-educative nursing system on fatigue among acute Leukemia patients treated with chemotherapy. The 24 samples were specifically selected and divided into control and experimental groups with 12 samples in each group. The control group was treated with the standard nursing care. The experimental group was treated with supportive-educative nursing system for 9 weeks. The research instruments consisted of 1) a care plan following the supportive-educative nursing system guidelines 2) a self-care manual for fatigue alleviation in patient 3) a self-care diary of fatigue alleviation, and 4) a fatigue assessment form based on Piper's assessment form Piper et al. (1998) translated to Thai and edited by Pritsanapanurungsie (2000). The instruments quality was evaluated by experts before applying. Descriptive statistics, Mann Whitney-U and Wilcoxon signed rank test were used to analyze the collected data.

The results revealed that:

1. The acute Leukemia patients treated with chemotherapy and received supportive-educative nursing care statistically had lower points on fatigue assessment than those who received standard nursing care (significant level $p < .001$).

2. After receiving supportive-educative nursing system care, the acute Leukemia patients treated with chemotherapy had lower points on fatigue assessment than before (significant level $p < .001$).

This study suggests that supportive-educative nursing system is a care procedure that promotes self-care in acute Leukemia patients who have been treated with chemotherapy in order to alleviate fatigue. Thus, the supportive-educative nursing system should be practiced to help alleviate fatigue in such patients.

Keywords: *Fatigue, Supportive-educative nursing system, Lleukemia, Chemotherapy*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นโรคทางโลหิตวิทยาที่พบมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (The Leukemia & Lymphoma Society [LLS], 2019) สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2556 ถึง 2561 มีผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 17,849, 17,740, 18,640, 20,574 และ 19,116 ราย ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มโรคมะเร็งเป็นลำดับที่ 5 โดยมีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 จำนวน 2,298, 2,390, 2,499, 2,540 และ 2,562 ราย ตามลำดับ (Strategy and Planning Division, 2018) จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่มีแนวโน้มค่อยๆ เพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จึงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่ง

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นทั้งด้านร่างกาย โดยเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวจะเข้าไปแทนที่เซลล์ปกติในไขกระดูกและรบกวนกระบวนการสร้างเม็ดเลือด ส่งผลให้เม็ดเลือดทุกชนิดลดลงจำนวนมากและแสดงอาการในเวลาอันรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะซีด ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ภาวะเลือดออกง่าย หากมีการกระจายไปอวัยวะอื่นจะส่งผลให้การทำหน้าที่ผิดปกติ (Hudnall, 2012) และผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกเครียด วิตกกังวล รู้สึกกลัว และรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (Nissim et al., 2013) จากลักษณะของโรคที่มีความรุนแรงและเกิดอาการอย่างเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรค แพทย์จะเริ่มให้การรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการลุกลามของโรคที่ส่งผลให้อาการรุนแรงมากขึ้นและเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิต (Hoffman et al., 2013) ซึ่งการรักษาที่ผู้ป่วยทุกรายได้รับ คือ การรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว แม้เคมีบำบัดจะช่วยให้โรคเข้าสู่ภาวะสงบ และยืดระยะเวลารอดชีวิตหลังการรักษาให้ยาวนานขึ้น แต่อาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดทำให้ผู้ที่ได้รับเกิดความไม่สุขสบาย เช่น อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน (Campos, Hassan, Riechelmann, & Giglio, 2011) รู้สึกกลัว วิตกกังวล (Chon, Champion, Geddes, & Rashid, 2012) และเกิดข้อจำกัดในการแสดงบทบาทของตนเอง เป็นต้น (Papadopoulou, Johnston, & Themessl-Huber, 2013) ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันมากที่สุดอาการหนึ่ง คือ ความเหนื่อยล้า (Mitchell, 2010) และหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจทำให้ความเหนื่อยล้ามีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและคุณภาพชีวิต (Iop, Manfredi & Bonura, 2004)

ความเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าเกิดความผิดปกติของร่างกายหรือรู้สึกเหน็ดเหนื่อยอย่างมาก ซึ่งความเหน็ดเหนื่อยนั้นไม่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรม อาจเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง การพักผ่อนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบรรเทาอาการได้ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Piper, 1993) หากพิจารณาตามแบบจำลองความเหนื่อยล้าของ Piper (1993) ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเกิดความเหนื่อยล้าจากหลายสาเหตุ ดังนี้ 1) พยาธิสภาพของโรคที่กระบวนการสร้างเม็ดเลือดผิดปกติ ทำให้เม็ดเลือดแดงมีจำนวนลดลง ส่งผลต่อการขนส่งออกซิเจนซึ่งเป็นพลังงานในร่างกาย (Morgan, Tillett, Braybrooke, & Ajithkumar, 2011) อีกทั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งทำให้การหลั่งไซโตไคน์เพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะพิษ นำไปสู่การเกิดความเหนื่อยล้า (Kurzrock, 2001) 2) การรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้เกิดความผิดปกติของเกลือแร่จากการขับของเสียที่เกิดจากการสลายเซลล์มะเร็งออกจากร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Angsuwatcharakon, & Sunpaweravong, 2006) นอกจากนี้อาการข้างเคียงต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร เป็นต้น ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานลดลง เกิดการสลายพลังงานสำรองในกล้ามเนื้อมาใช้อย่างต่อเนื่อง (Jitpimolmard, Boonsawat, & Chansung, 2010) และ 3) สภาพ

แวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมกับการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Ryan et al., 2007)

ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Campos, Hassan, Riechelmann, & Giglio, 2011) เกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง คิดว่าความเหนื่อยล้าคือสัญญาณของอาการที่แย่ลง (Tel, Tel, & Dogan, 2011) ผู้ที่มีความเหนื่อยล้าระดับรุนแรงต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น อาจรู้สึกเป็นภาระและหมดคุณค่าในตัวเอง อีกทั้งยังส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ การตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และความอดทนต่อการรักษาลดลง รู้สึกไม่มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป (Lewis, Salins, Rao, & Kadam, 2014) จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันมีคุณภาพชีวิตลดลง (Levin, Li, Riskind, & Rai, 2007) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการแสวงหาแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากความเหนื่อยล้าอย่างครอบคลุม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่เป็นโรคและเข้ารับการรักษา

ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการกับความเหนื่อยล้า เช่น เครือข่ายนานาชาติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2015) โดยหลักของการจัดการความเหนื่อยล้า แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การจัดการความเหนื่อยล้าด้วยยา และการจัดการความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) การสงวนพลังงาน 2) การออกกำลังกาย 3) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 4) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และ 5) การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบวิธีการจัดการความเหนื่อยล้า ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Armes, Chalder, Addington-Hall, Richardson, & Hotopf, 2007) การจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชี่กง (Reanrhom, 2008) และมีการวิจัยที่ศึกษาโดยเน้นการดูแลบางกิจกรรม เช่น การฝังเข็ม (Molassiotis, Sylt, & Diggins, 2007) การใช้ดนตรีบำบัด (Fredenburg & Silverman, 2014) และการนวดหลัง (Karagozoglu & Kahve, 2013) แต่ในผู้เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเกิดความเหนื่อยล้าจากหลายสาเหตุ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุม เพื่อให้บุคคลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ

ระบบการพยาบาลตามแนวคิดของ Orem (2001) เป็นระบบการพยาบาลหนึ่งที่มีการนำมาใช้พัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆ ประกอบด้วย ระบบการพยาบาล 3 รูปแบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมดที่ใช้เมื่อบุคคลไม่สามารถมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือเป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเดินและการเคลื่อนไหวได้ 2) ระบบทดแทนบางส่วนใช้เมื่อบุคคลมีความจำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนไหวแต่ยังสามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน หรือเป็นผู้ที่ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง หรือเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพแต่ยังสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมได้บางส่วน และ 3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ใช้กับสถานการณ์ที่บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือมีความพร้อมในการเรียนรู้เพื่อดูแลตนเอง แต่ยังไม่มีความสามารถเพียงพอในการดูแลตนเองตามความต้องการ เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นผู้ที่มีความพร้อมและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง แต่ต้องการการให้ความรู้และการชี้แนะเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้า ดังนั้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จึงเหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคนี้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งหลายกลุ่ม ดังการศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ที่ได้รับรังสีรักษา (Duangkaew, Petpichedchain, & Saesia, 2011) พบว่าทำให้ความรุนแรงของอาการปากแห้ง และเยื่อบุช่องปากอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (Kamphun, 2010) พบว่าทำให้ความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านต่างๆ และเป็นรูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีรูปแบบหนึ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด โดยให้การช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่เพียงพอ และคาดว่าเป็นวิธีที่สามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดได้ดีขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากความเหนื่อยล้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (2001) และแนวคิดความเหนื่อยล้าของ Piper (1993) เป็นแนวทางในการศึกษา สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความเหนื่อยล้าในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งจากโรค การรักษา และอาการข้างเคียงของการรักษา ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคนี้มีความพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง ในภาวะที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพทำให้ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้น และต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันยังเป็นผู้ที่มีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ดังนั้นระบบการพยาบาลที่เหมาะกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน เกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน การรักษาด้วยเคมีบำบัด ความเหนื่อยล้า การประเมินความเหนื่อยล้าด้วยตนเอง วิธีการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยเปิดโอกาสให้ซักถาม และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่สนใจจะเรียนรู้ 2) การชี้แนะ เกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เหมาะสม และข้อดีข้อเสียของการปฏิบัติกิจกรรม

เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เพื่อให้มีตัวเลือกในการดูแลตนเองและสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง 3) การสนับสนุน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลและอุปกรณ์ที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนรู้เพื่อให้รับข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนะนำการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งวิธีการช่วยเหลือดังกล่าว ทำให้บุคคลได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นอย่างเพียงพอสำหรับประกอบการพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pretest post-test design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยอายุกรรมชั้น 7 โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่เคยได้รับเคมีบำบัด 1 ครั้ง มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของคาร์นอฟสกี้ตั้งแต่ 80 คะแนน ติดต่อได้ทางโทรศัพท์ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และแพทย์อนุญาตให้เข้าร่วมวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ Kamphun (2010) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 และกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 ราย (Burn & Grove, 2009) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 ราย รวมทั้งสิ้น 24 ราย โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่มารับเคมีบำบัดในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ของแต่ละเดือนเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างที่มารับเคมีบำบัดในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของแต่ละเดือนเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง และใช้เทคนิคจับคู่โดยให้มีลักษณะคล้ายคลึงในเรื่องเพศ อายุ โดยอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี ระยะของการรักษา สูตรยาเคมีบำบัด และชุดของเคมีบำบัดที่ได้รับ ตลอดการดำเนินการวิจัยไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แผนการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัย และกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) 2) คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และ 3) แบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบแบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1998) ที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย Pritsanapanurungsie (2000) ซึ่งผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Study code 048-2556 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องบอก

เหตุผลกับผู้วิจัย และการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับตามปกติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมแล้วดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและดำเนินการกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อมกัน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 โดยขอให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบวัดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ เพื่อประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20-30 นาที จากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ได้รับความรู้เรื่องโรค แผนการรักษา และการดูแลตนเองเมื่อมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด รวมทั้งได้รับคู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะได้รับเคมีบำบัด และในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะเพื่อประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ซีดีผ่อนคลายด้วยจินตภาพ และหนังสือสวดมนต์ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับให้ความรู้ตามเนื้อหาในคู่มือดังกล่าว จากนั้นกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแบบรายบุคคลจำนวน 5 ครั้ง และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 45 นาที ภายหลังจากขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะแล้ว ผู้วิจัยสอนเรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน การรักษาด้วยเคมีบำบัด ความเหนื่อยล้าและการประเมินความเหนื่อยล้า ชี้แนะเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้า และการลงบันทึกในแบบบันทึกการดูแลตนเอง ให้การสนับสนุน โดยมอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม เล่าปัญหา หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองในอดีตกับผู้วิจัย

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรมประกอบด้วย 1) การสอนเรื่องการสงวนพลังงาน การชี้แนะกิจกรรมการสงวนงาน การฝึกวางแผนกิจกรรมสงวนพลังงานด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนด้านกำลังใจและแนะนำการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อปฏิบัติกิจกรรมสงวนพลังงาน และ 2) การสอนและชี้แนะเรื่องการออกกำลังกายด้วยการเดิน การสังเกตอาการผิดปกติ และฝึกออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับผู้วิจัย สนับสนุนทั้งด้านร่างกายโดยช่วยจัดท่าทางที่เหมาะสม และด้านกำลังใจ โดยการกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถเดินได้ถูกวิธี และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการฝึกออกกำลังกาย

ครั้งที่ 3 (วันที่ 5 สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 50 นาที กิจกรรมประกอบด้วย 1) การสอนเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ได้รับเคมีบำบัด อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และการประเมินน้ำหนักตัว การชี้แนะเกี่ยวกับชนิดอาหารที่ให้สารอาหารเหมือนกันและรับประทานทดแทนกันได้ สนับสนุนด้านกำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง และแนะนำการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีบรรยากาศที่ดีขณะรับประทานอาหาร 2) การสอนและชี้แนะเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายวิธีต่างๆ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติตามความสนใจ ให้การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ โดยมอบซีดีผ่อนคลายด้วยจินตภาพของกรมสุขภาพจิตและหนังสือสวดมนต์ให้กลุ่มตัวอย่าง สร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยฝึกเทคนิคผ่อนคลายในห้องที่เงียบสงบ และ 3) กลุ่มตัวอย่างฝึกออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับผู้วิจัย เพื่อทบทวนขั้นตอนการออกกำลังกายทั้ง 3 ระยะให้ถูกต้อง

ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 4 (วันที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 30-40 นาที กิจกรรมประกอบด้วย 1) การสอนและการชี้แนะเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ สนับสนุนด้านจิตใจ โดยรับฟังปัญหาที่ส่งผลต่อการ

นอนหลับ และแนะนำการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ เช่น การปิดไฟหัวเตียง เป็นต้น และ 2) กลุ่มตัวอย่างฝึกออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับผู้วิจัย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองที่บ้าน

ในสัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างกลับไปพักที่บ้าน รวมทั้งหมด 3 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 10-20 นาที เพื่อรับฟังปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าวิธีต่างๆ โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้การสนทนาเป็นการสื่อสารแบบสองทาง ให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึก หรือกล้าซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัย

ครั้งที่ 5 (วันที่ 1 หรือ 2 ในสัปดาห์ที่ 5) ใช้เวลา 40 นาที ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนความรู้ และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยประเมินความรู้ ความพร้อม และทักษะการปฏิบัติกิจกรรม จากการซักถาม การสังเกตสีหน้าท่าทาง ความมั่นใจ และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจกรรมจากแบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

ครั้งที่ 6 (วันที่ 1 หรือ 2 ในสัปดาห์ที่ 9) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย จากนั้นขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20-30 นาที พร้อมขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการศึกษาโดยใช้สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู และเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษาโดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซันจับคู่เครื่องหมายตำแหน่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 12 ราย โดยทั้งสองกลุ่มมีเพศชายและเพศหญิงเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 58.30 และ 41.70 ตามลำดับ มีอายุตั้งแต่ 18-57 ปี ทั้งสองกลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการรักษาระยะที่ไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค ร้อยละ 66.70 และ 75.00 ตามลำดับ โดยได้รับเคมีบำบัดสูตร 7+3 regimen ประกอบด้วยยาชนิดซัยทาราบิน (cytarabine) และไอดารูบิซิน (idarubicin) มากที่สุด และได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 66.70 เท่ากัน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในด้านเพศ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแคว์ (chi-square test) ด้านอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ คะแนนปฏิบัติกิจกรรมของคาร์นอฟสกี้ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาในด้านการวินิจฉัยโรค ระยะของการรักษา สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ชุดของเคมีบำบัด และดัชนีมวลกายมาโดยใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Probability Test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความเหนื่อยล้า	กลุ่มควบคุม (n=12)		กลุ่มทดลอง (n=12)		U	p-value
	Median	Interquartile range	Median	Interquartile range		
ก่อนการทดลอง	4.79	.77	5.02	.18	55.00	0.16 [ns]
หลังการทดลอง	4.79	.48	3.27	.68	.00	< .001

ns = no significant

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

คะแนนความเหนื่อยล้า	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Median	Interquartile range	Median	Interquartile range		
คะแนนความเหนื่อยล้า	5.02	.18	3.27	.68	-3.06	< .001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐาน แสดงให้เห็นว่าการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม ตามแผนการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

1. การสอน เกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน การรักษาด้วยเคมีบำบัด ความเหนื่อยล้า การประเมินความเหนื่อยล้า และวิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้าโดย 1) การสงวนพลังงาน 2) การออกกำลังกายด้วยการเดิน 3) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 4) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และ 5) การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ทำให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงความสำคัญและมีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ เกิดความพร้อมและตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมบรรเทาความเหนื่อยล้าด้วยตนเอง นอกจากนี้การฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ การสงวนพลังงานตามเป้าหมาย

การออกกำลังกายด้วยการเดิน การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย ทำให้กลุ่มทดลองมีทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น

2. การชี้แนะ ผู้วิจัยชี้แนะเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เหมาะสม ประโยชน์ของการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและร่วมกันวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจหรือเลือกปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองภายใต้การดูแลจากผู้วิจัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง

3. การสนับสนุน ด้านร่างกาย โดยการสัมผัสเพื่อช่วยเหลือระหว่างปฏิบัติกิจกรรมและช่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง ด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการชมเชย ให้กำลังใจ และด้านอุปกรณ์ โดยการมอบซีดีผ่อนคลายด้วยจินตภาพและหนังสือสวดมนต์ การสนับสนุนเป็นกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกได้รับการดูแล ใส่ใจ ทำให้เกิดความพยายามในปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างต่อเนื่อง (Ream, Richardson, & Alexander-Dann, 2006)

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างกล้า ซักถาม แสดงความคิดเห็น เป็นการส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ นอกจากนี้ การแนะนำการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เช่น การจัดเก้าอี้ในห้องอาบน้ำ เป็นต้น ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง

นอกจากวิธีการช่วยเหลือดังกล่าว ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล ได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ การย้ำเตือนให้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเอง มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดเป็นพฤติกรรมที่ดีและทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Jaicumsueb (2009) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบเช่นเดียวกับการศึกษาของ Kamphun (2010) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการกับอาการเหนื่อยล้าตามทฤษฎีของโอเร็มในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จะเห็นว่าเมื่อบุคคลได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันให้เพียงพอกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ผ่านการสอน การชี้แนะ การฝึกทักษะที่จำเป็น การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งช่วยให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรม และปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาใช้เป็นรูปแบบหนึ่งของการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและมีความเหนื่อยล้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยวัดผลลัพธ์ของอาการ

อื่นๆ ที่เป็นผลจากการเกิดความเหนื่อยล้า เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม คุณภาพชีวิต เป็นต้น

2. ควรศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดใดชนิดหนึ่ง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับวิธีการลดความเหนื่อยล้าอื่น

เอกสารอ้างอิง

Angsuwatcharakon, P., Sunpaweravong, P. (2006). Update on tumor lysis syndrome management. *Songklanagarind Medical Journal, 24*(4), 369-376. (In Thai)

Armes, J., Chalder, T., Addington Hall, J., Richardson, A., & Hotopf, M. (2007). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief, behaviorally oriented intervention for cancer related fatigue. *Cancer, 110*(6), 1385-1395.

Campos, M. P. D. O., Hassan, B. J., Riechelmann, R., & Giglio, A. (2011). Cancer-related fatigue: A review. *Revista da Associacao Medica Brasileira, 57*(2), 211-219.

Chon, S. Y., Champion, R. W., Geddes, E. R., & Rashid, R. M. (2012). Chemotherapy-induced alopecia. *Journal of the American Academy of Dermatology, 67*(1), e37-e47.

Duangkaew, W., Petpichedchain, W., & Saesia, W. (2011). Effects of supportive-educative nursing intervention on xerostomia and mucositis of patients with head and neck cancer receiving radiation. *Princess of Naradhiwas University Journal, 3*(3), 1-16. (In Thai)

Fredenburg, H. A., & Silverman, M. J. (2014). Effects of music therapy on positive and negative affect and pain with hospitalized patients recovering from a blood and marrow transplant: A randomized effectiveness study. *The Arts in Psychotherapy, 41*(2), 174-180.

Hoffman, R., Benz, E. J., Silaberstein, L. E., Heslop, H. E., Weitz, J. I., & Anastasi, J. (2013). *Hematology basic principles and practice* (6th ed.). Philadelphia: Saunders.

Hudnall, S. D. (2012). *Hematology: A pathophysiology approach.* Philadelphia: Elsevier.

Iop, A., Manfredi, A. M., & Bonura, S. (2004). Fatigue in cancer patients receiving chemotherapy: An analysis of published studies. *Annals of Oncology, 15*(5), 712-720.

Jaicumsueb, R. (2009). Effects of an educative-supportive nursing program combined with walking exercise on fatigue, insomnia, and anxiety among breast-cancer patients receiving chemotherapy. *Thai Cancer Journal, 29*(4), 152-161. (In Thai)

Jitpimolmard, S., Boonsawat, W., Chansung, K. (2010). *Symptomatology in general medicine.* Khon kaen: Khon kaen University. (In Thai)

Kurzrock, R. (2001). The role of cytokines in cancer related fatigue. *Cancer, 92*(6), 1684-1688.

Kamphun, W. (2010). *Effect of a symptom management enhancement program on fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy.* (Master of nursing science thesis adult nursing), Chiang Mai University. (In thai)

Karagozoglu, S., & Kahve, E. (2013). Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: Supportive care and therapeutic touch in cancer nursing. *Applied Nursing Research, 26*(4), 210-217.

Levin, T. T., Li, Y., Riskind, J., & Rai, K. (2007). Depression, anxiety and quality of life in a chronic lymphocytic leukemia cohort. *General Hospital Psychiatry, 29*(3), 251-256.

Lewis, S., Salins, N., Rao, M. R., & Kadam, A. (2014). Spiritual well-being and its influence on fatigue in patients undergoing active cancer directed treatment: A correlational study. *Journal of Cancer Research and Therapeutics, 10*(3), 676.

Mitchell, S. A. (2010). Cancer-related fatigue: State of the science. *Physical Medicine and Rehabilitation, 2*(5), 364-383. doi: 10.1016/ j.pmrj.2010.03.024

Molassiotis, A., Sylt, P., & Diggins, H. (2007). The management of cancer-related fatigue after chemotherapy with acupuncture and acupressure: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine, 15*(4), 228-237.

Morgan, C., Tillett, T., Braybrooke, J., & Ajithkumar, T. (2011). Management of uncommon chemotherapy-induced emergencies. *The Lancet Oncology, 12*(8), 806-814.

National Comprehensive Cancer Network. (2015). *Guidelines cancer-related fatigue.* Retrieved August 21, 2015 from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf

Nissim, R., Zimmermann, C., Minden, M., Rydall, A., Yuen, D., Mischitelle, A., ... & Rodin, G. (2013). Abducted by the illness: A qualitative study of traumatic stress in individuals with acute leukemia. *Leukemia Research, 37*(5), 496-502.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Papadopoulou, C., Johnston, B., & Themessl-Huber, M. (2013). The experience of acute leukemia in adult patients: A qualitative thematic synthesis. *European Journal of Oncology Nursing, 17*(5), 640-648.

Piper, B. F. (1993). Fatigue. In V.K. Carrieri, A.M. Lindsey, & C.M. West (Eds.). *Pathophysiological phenomena in Nursing: Human responses to illness* (pp. 279-301). Philadephia: W.B. Saunders.

Piper, B.F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slughter, R. E., & Paul, S.M. (1998). The revised piper fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 25*(4) 677-684.

Pritsanapanurungsie, P. (2000). *Pattern of fatigue, related factors, and self-care action among breast cancer patients receiving chemotherapy* (Unpublished master's thesis), Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Ream, E., Richardson, A., & Alexander-Dann, C. (2006). Supportive intervention for fatigue in patients undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(2), 148-161.

Ryan, J. L., Carroll, J. K., Ryan, E. P., Mustian, K. M., Fiscella, K., & Morrow, G. R. (2007). Mechanisms of cancer-related fatigue. *The Oncologist, 12*(1), 22-34.

Reanrhom, C. (2008). *Effects of symptom management program conbind with Qigong on anxiety and fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy.* (Master of nursing science thesis adult nursing), Chulalongkorn University. (In thai)

Strategy and Planning Division. (2018). *FACTS AND STATISTICS.* Retrieved May 15, 2020 from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2561_full_19Nov19.pdf. (In thai)

Tel, H., Tel, H., & Dogan, S. (2011). Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurology, Psychiatry and Brain Research, 17*(2), 42-45.

The Leukemia & Lymphoma Society. (2019). *FACTS AND STATISTICS.* Retrieved May 15, 2020 from https://www.lls.org/facts-and-statistics/facts-and-statistics-overview/facts-and-statistics

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว

Effects of a Self-Management Education Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Atrial Fibrillation

อรพิน	มโนรส *	Orapin	Manoros *
ทศพร	คำผลศิริ **	Totsaporn	Khampolsiri **
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์ **	Nattaya	Suwankruhasn **

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับทั่วไป ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 จำนวน 60 ราย โดยคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทำการสุ่มโดยใช้การสุ่มแบบจัดบล็อก เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองระยะเวลา 6 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมของการศึกษาในครั้งนี้มาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วต่อไป

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, Phrae Hospital, Phrae Procince, minney2377@hotmail.com*

** *ผู้ช่วยศาตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Factory of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 15 สิงหาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 26 ธันวาคม 2560 วันตอบรับบทความ 2 มีนาคม 2561

คำสำคัญ: *โปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว*

Abstract

Atrial fibrillation is a common chronic illness in older persons. Self-management can help patient control the disease. This two group pretest-posttest experimental research aimed to study the effect of self-management education program on self-management behaviors among older persons with atrial fibrillation attending the medical clinic in the outpatient department at Phrae Hospital from November 2015-to April 2016. The subjects were purposively selected based on the inclusion criteria and were randomly assigned into experimental and control groups by using permuted block design with thirty older persons in each group. The subjects in the experimental group received a 6-week self-management education program, while the control group received routine nursing care. The research instruments consisted of the Self-Management Education Program, and the Self-Management Behavior Handbook of the Older Persons with Atrial Fibrillation. The instruments used for data collection consisted of Demographic Data Recording Form, and Self- Management Behaviors Scale for Older Persons with Atrial Fibrillation. Data were analyzed using descriptive statistics and the t-test.

The results revealed that:

1. After attending the Self-Management Education Program, the older persons with atrial fibrillation had significantly better self-management behaviors than before attending the program at level of $p < .001$

2. Older persons with atrial fibrillation who attended the Self- Management Education Program had significantly better self-management behaviors than that of the group who received the usual care at a level of $p < .001$.

The results of this study indicated that a Self-Management Education Program can increase self-management behaviors among older persons with atrial fibrillation. Nurses should adopt this program to promote the self-management behavior of older persons.

Keywords: *Self-Management Education Program, Older Persons with Atrial Fibrillation*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันและภาวะหัวใจวายจากการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วในประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 2 โดยพบในเพศชายร้อยละ 2.4 และพบในเพศหญิงร้อยละ 1.6 (Davis et al., 2012) จะพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 4 และในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นจะพบเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 9 (Go et al., 2001) สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาการเกิดภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วในทางภาคเหนือของประเทศ เขตอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าจำนวนผู้ที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นตามช่วงอายุเช่นกันโดยในประชากรที่มีช่วงอายุ

65-74 ปีพบได้ร้อยละ 1.5 ในประชากรที่มีช่วงอายุ 75-84 ปีพบได้ร้อยละ 2.2 และในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไปพบได้ถึงร้อยละ 2.8 (Phrommintikul, Detnuntarat, Prasertwitayakij, & Wongcharoen, 2016) นอกจากนี้ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดซึ่งเกิดจากหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ ไม่สม่ำเสมอทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนสูญเสียไป จึงมีเลือดคั่งข้างในหัวใจห้องบนเพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) มีการแข็งตัวเกิดเป็นลิ่มเลือดในหัวใจห้องบน โดยพบว่าภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วเป็นสาเหตุของการเกิดโรคลอดเลือดสมอง 2-7 เท่าของประชากรทั่วไปและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันคิดเป็นร้อยละ 15-20 ของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ บางรายมีความพิการหลงเหลืออยู่จึงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพทำให้ส่งผลกระทบต่อฐานะการเงินของครอบครัวและเศรษฐกิจของประเทศในการเพิ่มงบประมาณในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยและทำให้เพิ่มงบประมาณในการดูแลด้านสุขภาพและสวัสดิการทางสังคม (Stewart, Murphy, Walker, McGuire & McMurray, 2004) นอกจากนี้ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วยังส่งผลต่อผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ความสามารถทางร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืดเป็นลมหรือหมดสติได้ (Vatanasin, 2006) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงทำให้เพิ่มภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ปัจจุบันพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วส่วนใหญ่เป็นเพียงการให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงการปฏิบัติที่มีผลต่อภาวะเจ็บป่วย เช่น โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความรู้ (Koponen et al., 2013): Clarkesmith, Pattison, Lip & Lane, 2013) โปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นการจัดการตนเองในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Khan, Kamali, Kesteven, Avery, & Wynne, 2004) จากโปรแกรมดังกล่าวเป็นเพียงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโดยมีเนื้อหาด้านโรคและการใช้ยา จึงมีเนื้อหาไม่ครอบคลุมในส่วนที่สำคัญเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ไม่ได้เน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมโรค ไม่มีการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วยังคงปฏิบัติพฤติกรรมเดิมๆ ที่ไม่ถูกต้อง จึงยังพบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (Taggar, Marín & Lip, 2008: Wattigney, Mensah, & Croft, 2002) พบการเกิดภาวะเลือดออกในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต (Hansen et al., 2010) พบอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำเพิ่มมากขึ้น (Wattigney, Mensah & Croft, 2003): Gage, Birman-Deych, Kerzner, Radford, Nilasena & Rich, 2005) ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคกับและภาวะเจ็บป่วยของผู้ทีมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วจึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองกับภาวะเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคมรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยในโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดการจัดการตนเองที่บุคคลลากรทางสุขภาพนิยม

นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างกว้างขวางคือแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ซึ่งมีผู้นำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นและมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำลง (Angboonta, Pothiban, & Kosachunhanun, 2012) มีพฤติกรรมการดูแลเท้าดีกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลเท้าชองผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Srisomthrong, Chintanawat, & Sucamvang, 2017) และในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและสามารถจัดการความปวดร่วมกับการปรับสิ่งแวดล้อม ทำให้ความเจ็บปวดของข้อเข่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (Phomtaensut, Moolsart, & Heebthamai, 2018) และในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่าทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงปกติได้ (Henkaew, Thatsaeng, Kitisri, & Wiyaga, 2017) แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วยการให้ความรู้ที่จำเป็นในการจัดการตนเอง 3 ด้านได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทและ 3) การจัดการด้านอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อโรค โดยมีการฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) การใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูล 4) ทักษะการติดต่อสื่อระหว่างผู้ป่วยกับบุคลลากรทีมสุขภาพ และ 5) ทักษะการปฏิบัติ 6) การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เข้ากับแต่ละบุคคล ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง 2) การใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) การชักจูงทางสังคม โดยบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยจะร่วมกันตั้งเป้าหมาย พูดคุยถึงแผนปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร่วมกับฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วย การจัดการตนเอง 3 ด้านประกอบด้วย 1) การจัดการตนเองด้านการรักษา ได้แก่ การใช้ยา การติดตามอาการ ภาวะแทรกซ้อนและเรียนรู้การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร 2) การจัดการด้านบทบาทมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม 3) การจัดการด้านอารมณ์ และบุคคลลากรทางสุขภาพจะเป็นผู้ติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยได้ และสามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) มาจัดทำเป็นโปรแกรมการให้ความรู้จัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการให้ความรู้การจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ร่วมกับการส่งเสริมความเชื่อมั่นในกาปฏิบัติ ประกอบด้วยการจัดการตนเอง 3 ด้านได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การจัดการกับอาการ การใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย 2) การจัดการด้านบทบาทการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม 3) การจัดการอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อโรคโดยฝึกให้เกิดทักษะการจัดการตนเอง 6 ทักษะประกอบด้วย การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งประโยชน์ การติดต่อสื่อสาร การปฏิบัติและการปรับทักษะให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ให้สามารถจัดการตนเอง 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การจัดการตนเองด้านการรักษา ได้แก่ การใช้ยา การติดตามอาการ ภาวะแทรกซ้อนและเรียนรู้การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร 2) การจัดการด้านบทบาทมีการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม 3) การจัดการด้านอารมณ์ มีการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติในการจัดการตนเองและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ การทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูดและการชักจูงทางสังคม โดยจะบุคคลากรสุขภาพจะคอยให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วสามารถจัดการตนเองในการรับประทานยาที่ถูกต้องสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับอาการแทรกซ้อนต่างๆ ได้ สามารถจัดการตนเองในการรับประทานอาหาร มีการจัดการตนเองในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับอารมณ์ที่จะส่งผลกระทบต่อโรคและปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจะทำให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยชนิดทดลอง (experimental research) 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 75 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วและได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ โดยใช้วิธีการคำนวณหาค่าขนาดของอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยของ Thatsaeng Benchamat, (2554) โดยกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 85.47 (SD = 9.96) และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 92.71 (SD = 8.58) นำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.84 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และนำมาหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (Power Tables) ของโคเฮนได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 26 รายต่อกลุ่ม และประมาณจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจสูญหายระหว่างดำเนินการร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คนต่อกลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนเท่ากับ 64 รายทำการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 32 รายและกลุ่มควบคุม 32 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจัดบล็อก (Permute block randomization) หลังการวิจัยคงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย คือ กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ความรู้การจัดการตนเองตามโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยได้โทรศัพท์เพื่อติดตามการจัดการตนเอง และในสัปดาห์ที่ 13 นัดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง

โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีอาการทางคลินิกคงที่และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือไม่มีอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรม สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ระดับคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนน มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 1 และระดับ 2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า วัดคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ และมีเกณฑ์การคัดออกเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการทรุดหนักหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และย้ายที่อยู่หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงของ Thatsaeng (2002) โดยยังคงโครงสร้างของข้อคำถามเดิมแต่ปรับข้อคำถามให้มีความสอดคล้อง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว และมีข้อคำถามที่สามารถวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านการรักษา ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการอาการของโรค 4 ข้อ พฤติกรรมการใช้ยา 8 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 9 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย 6 ข้อ การจัดการตนเองด้านบทบาท 2 ข้อ และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ 3 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ หลังผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจึงนำไปทดสอบความคงที่ (stability) โดยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายและนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.862

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค และการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ฝึกให้มีทักษะในการจัดการตนเองครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการของโรค การใช้ยา การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร และการจัดการกับอารมณ์ความเครียด เกิดทักษะในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ร่วมกับส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนโดยการใช้ตัวแบบ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ จะมีการประเมินความเชื่อมั่นการจัดการตนเอง โดยมีระดับคะแนน 1-10 ในการร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งจัดเป็นกลุ่มๆ ละ 5-10 ราย เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รูปแบบและกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมทางภาษา หลังจากนั้นนำมาโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลแต่เพียงผู้เดียวตลอดจนเสร็จสิ้นการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมศึกษาทุกกลุ่ม โดยนำโครงร่างงานวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรองโครงการเลขที่ 43-2557 ได้นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติการวิจัย ได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิและอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจการเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด และได้ให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายเซ็นยินยอมในหนังสือ

แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยได้เก็บเป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพโดยใช้สถิติพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chisquare test) และสถิติฟิชเชอร์เอกแซก (Fisher exact test) พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปีและมีสถานะภาพสมรสคู่และ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วในช่วง 1-5 ปี มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 ดังแสดงในตารางที่ 1) หลังจากนั้นได้นำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย พบว่ามีการกระจายตัวแบบโค้งปกติจึงทำการทดสอบสถิติดังนี้

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Indepentdent t- test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Paired Samples test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลทุกด้านไม่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่าๆ กัน คือ กลุ่มละ 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีอายุระหว่าง 60-65 ปี มากที่สุดร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 56.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพร้อยละ 60.00 มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ร้อยละ 70.00 บริโภคเครื่องดื่มสารคาเฟอีนร้อยละ 83.33 และร้อยละ 90.00 มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 1 ร้อยละ 90.00 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 50.00 มีสถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 70.00 แต่ยังมีรายได้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 76.67 ยังดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 73.33 สูบบุหรี่หรือมีผู้ใกล้ชิดสูบบุหรี่ร้อยละ 75.67 บริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนร้อยละ 80.00 และมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 1 ร้อยละ 93.33 ดังแสดงในตารางที่

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.22$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -18.91$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วและระดับความรุนแรงของโรค

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					0.796[b]
ชาย	14	46.67	15	50.00	
หญิง	16	53.33	15	50.00	
อายุ					0.873[a]
60-65 ปี	15	50.00	13	43.33	
66-70 ปี	6	20.00	7	23.33	
70-75 ปี	9	30.00	10	33.34	
สถานภาพสมรส					0.175[a]
คู่	20	66.67	17	56.67	
โสด	5	16.67	4	13.33	
แยกกันอยู่	3	10	1	3.33	
หม้าย/อย่าร้าง	2	6.66	8	26.67	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว					0.468[a]
1-5 ปี	17	56.67	15	50.00	
6-10 ปี	9	30.00	13	43.33 6.67	
> 10 ปี	8	13.33	2		
ระดับความรุนแรงของโรค				90.00	0.640[a]
ระดับ 1	282	93.33	27	10.00	
ระดับ 2		6.67	3		

a = Chi-square test, b = Fisher exact tes

ผลการทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลทุกด้านไม่มีความแตกต่างกันของทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนทดลอง	61.07	1.71	60.97	2.24	0.19	0.441
หลังทดลอง	61.87	2.42	84.13	6.66	-17.22	0.000

P < 0.001

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -17.22, p < .001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มควบคุม	61.07	1.78	61.87	2.42	-1.54	0.134
กลุ่มทดลอง	60.97	2.24	84.13	6.66	-18.91	0.000

ค่า p < 0.001

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -18.91, p < .001)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว เมื่ออภิปรายผลตามสมมุติฐานพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ได้นำมาปรับใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค อาการของโรค ความรุนแรงของโรคการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรค เพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรค และกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและรับรู้พฤติกรรมการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษา (Tiansarr, Kanogsunthorntrat, & Kitiyakara, 2018) นอกจากการให้ความรู้

แล้วในโปรแกรมการจัดการตนเองจัดให้มีการฝึกให้มีทักษะในการจัดการตนเองครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการของโรค การใช้ยา การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร และการจัดการกับอารมณ์ความเครียด เกิดทักษะในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ร่วมกับส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตน โดยใช้สื่อวีดีทัศน์ เสนอตัวแบบแสดงพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ได้มีการประเมินความเชื่อมั่นการจัดการตนเอง โดยมีระดับคะแนน 1-10 ในกลุ่มทดลองหากได้คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเองในเรื่องนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมาย เมื่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองที่บ้าน และมีการเยี่ยมกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 10 เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องและเปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาหรือขอคำปรึกษาร่วมกันหาแนวทางแก้ไขให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองจึงคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3 จากผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อาจสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว โดยมีการให้ความรู้เรื่องโรค การฝึกทักษะการจัดการตนเองกับโรค อาการของโรค การใช้ยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการกับอารมณ์ความเครียด ให้เหมาะสมกับโรคและแต่ละบุคคล ร่วมกับบุคคลกรทางสาธารณสุขส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ส่งผลให้กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.22$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยได้จัดกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มๆ ละ 5-10 ราย เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำ ให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การให้ข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ในลักษณะการพูดคุยถึงปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการเดียวกันทำให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งวิธีนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และให้ความไว้วางใจ เปิดเผยเป็นกันเอง ซึ่งส่งผลให้การเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอย่างดี (Sanghuachang, 2013)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 52 รายจัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1ครั้ง มีการฝึกทักษะและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีการเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Henkaew, Thatsaeng, Kitisri, & Wiyaga (2017)

จากงานวิจัยครั้งนี้จึงสามารถสรุปผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว คือส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสนับสนุนสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการพัฒนาทักษะการนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วไปส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว

2. เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 1 และ 2

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจะมีการติดตามประเมินผลการจัดการตนเองในระยะยาว เช่น ในระยะเวลา 6 เดือน หรือในระยะเวลา 1 ปี เพื่อจะได้ทราบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วสามารถจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาวหรือไม่

2. ควรปรับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองเพื่อนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4

3. ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้วไปใช้ในโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมว่าสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุได้ทุกสถานพยาบาลหรือทุกสถานที่หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

Angboonta, P., Pothiban, L.,& Kosachunhanun, N., (2012). Effects of a Self-management Supporting Program on Self-management Behaviors and Hemoglobin A1C Level among Elders with Diabetes Type 2. *Nursing Journal, 39*(3), 93-104. (In Thai)

Davis, R. C., Hobbs, F. R., Kenkre, J. E., Roalfe, A. K., Iles, R., Lip, G. Y., & Davies, M. K. (2012). Prevalence of atrial fibrillation in the general population and in high- risk groups: the ECHOES study. *Europace, 14*(11), 1553-1559

Gage, B. F., Birman-Deych, E., Kerzner, R., Radford, M. J., Nilasena, D. S., & Rich, M. W. (2005). Incidence of intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation who are prone to fall. *The American Journal of Medicine, 118*(6), 612-617.

Hansen, M. L., Sørensen, R., Clausen, M. T., Fog-Petersen, M. L., Raunsø, J., Gadsbøll, N., ... & Torp-Pedersen, C. (2010). Risk of bleeding with single, dual, or triple therapy with warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. *Archives of Internal Medicine, 170*(16), 1433-1441.

Henkaew, W., Thatsaeng, B., kitisri, M., & Wiyasri, C., (2017). Effects of a Self-Management Supporting Program on Self-Management Behaviors and Blood Pressure among Older Adults with Hypertension. *Nursing Journal, 44*(special (2)), 60-70. (In Thai)

Khan, T. I., Kamali, F., Kesteven, P., Avery, P., & Wynne, H. (2004). The value of education and self-monitoring in the management of warfarin therapy in older patients with unstable control of anticoagulation. *British journal of haematology, 126*(4), 557-564.

Koponen, L., Rekola, L., Ruotsalainen, T., Lehto, M., Leino Kilpi, H., & Voipio Pulkki, L. M. (2008). Patient knowledge of atrial fibrillation: 3 month follow up after an emergency room visit. *Journal of Advanced Nursing, 61*(1), 51-61.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Journals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1-7.

Go, A. S., Hylek, E. M., Phillips, K. A., Chang, Y., Henault, L. E., Selby, J. V., & Singer, D. E. (2001). Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *Journal of the American Medical Association, 285*(18), 2370.

Phomtaensut, P., Moolsart, S., & Heebthamai. D. (2018). Effectiveness of a pain management and environmental adjustment program for elderly with knee osteoarthritis. *Thai Journal of Nursing, 67*(4), 34-43.

Phrommintikul, A., Detnuntarat, P., Prasertwitayakij, N., & Wongcharoen, W. (2016). Prevalence of atrial fibrillation in Thai elderly. *Journal of Geriatric Cardiology: JGC, 13*(3), 270.

Thatsaeng, B. (2002). Effects of a self-managment supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. *Nursing journal, 39*(4), 124-137. (In Thai)

Taggar, J. S., Marín, F., & Lip, G. Y. (2008). Mortality in patients with atrial fibrillation: improving or not?. *Europace, 10,* 389-390.

Tiansarr, J., Kanogsunthorntrat, N., & Kitiyakara. C. (2018). Effects of Counseling and Educational Program based on Motivational Interviewing on Health Behaviors and Clinical Outcomes in Patient with Pre-dialysis Chronic Kidney Disease. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice, 5*(2), 19-38. (In Thai)

Vatanasin, S. (2549). *Atrial fibrillation Basic dysrhythmias.* Bangkok: P. press co., ltd., page 59-84. (In Thai)

Srisomthrong, K., Chintanawat, R., & Sucamvang K. (2017). Self-Management Supporting Programme and Its Impact on Foot-Care Behaviour of Elderly Type-2 Diabetes Patients. *Thai Journal of Nursing Council, 32*(3), 120-134. (In Thai)

Sanghuachang, W. (2013). Effects of education program using group process and telephone Follow upon stroke prevention knowledge and practice in elderly with chronic illness. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center, 30*(4), 260-273. (In Thai)

Stewart, S., Murphy, N., Walker, A., McGuire, A., & McMurray, J. J. V.(2004). Cost of an emerging epidemic: an economic analysis of atrial fibrillation in the UK. *Heart, 90*(3), 286-292.

Wattigney, W. A., Mensah, G. A., & Croft, J. B. (2002). Increased atrial fibrillation mortality: United States, 1980-1998. *American journal of epidemiology, 155*(9), 819-826.

Wattigney, W. A., Mensah, G. A., & Croft, J. B. (2003). Increasing trends in hospitalization for atrial fibrillation in the United States, 1985 through 1999: implications for primary prevention. *Circulation, 108*(6), 711-716.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
The effect of Social Support Program on Adaptation of Stroke Caregivers

ยุวรีย์	อินทร์เพ็ญ *	Yuwaree	Inphen *
จินดารัตน์	ชัยอาจ **	Jindarat	Chaiard **
ทศพร	คำผลศิริ **	Totsaporn	Khampolsiri **

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการต่อผู้ป่วย และเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงสิงหาคม 2562 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลของอรศิลป์ ชื่นกุล (2542) หาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแคว์ และสถิติฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ไม่แตกต่างกันในสัปดาห์ที่ 4

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลดีต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงสมควรนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการปรับตัวอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: *การสนับสนุนทางสังคม, การปรับตัว, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

---

* *ผู้เขียนหลัก, โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

* *Corresponding Author, Mahidol University Nakhonsawan Campus, yuwaree.inp@mahidol.ac.th*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 16 กันยายน 2562 วันตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2562

Abstract

Cerebrovascular disease leads to patients' disabilities and creates a burden for the caregivers in the long term which leading them to have stress. Therefore, stroke caregivers must adapt themselves appropriately. The purpose of this quasi experimental research was to examine the effect of a social support program on the adaptation of stroke caregivers. Subjects were caregivers of stroke patients who had been admitted to Sawanpracharak Hospital from May 2019 to August 2019. These participants were purposively assigned into control and experimental groups with 25 participants in each group. The experimental group received the social support program run by researchers. Research instrument was the Social Support Program developed on the social support model of Schaefer, Coyne & Lazarus (1981). The data collection tool was the Caregiver Adaptation Questionnair by Chuenkul (1999). The content validity was validated by 5 experts and reliability was tested with Cronbach's coefficient of .82. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Fisher's exact probability test.

The results revealed that:

1. The adaptation levels of stroke caregivers in the experimental group after receiving the Social Support Program at 4 weeks and 8 weeks were statistically significantly different ($p < .01$)

2. The adaptation levels of stroke caregivers in the experimental group after receiving the Social Support Program were statistically significantly different from those in the control group at 8 weeks ($p < .01$), but not statistically significantly different at 4 weeks.

The results of this study indicate that the Social Support Program could has positive effect on adaptation among stroke caregivers. Therefore, this program can be used in nursing practice to enhance more effectively on adaptation among stroke caregivers.

Keywords: *Social Support, Adaptation, Stroke Caregivers*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นโรคที่ส่งผลกระทบรุนแรงกับผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน จากสถิติขององค์กรอัมพาตโลกพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคนในแต่ละปี (World Stroke Organization, 2019) สำหรับในประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประเทศไทย (Ministry of Public Health, 2020) ภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ เกิดความบกพร่องในการเคลื่อนไหวหรือการรับความรู้สึก (Seesawang & Thongtang, 2016) อีกทั้งยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบทบาทในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินบทบาทเดิมของตนได้ (Satink et al., 2013) จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วย (Schulz & Eden, 2016) ส่งผลให้เกิดภาระด้านร่างกาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ และปวดเมื่อยตามร่างกาย (Petchroung, Priyatruk, & Thongkeang, 2013) ด้านจิตใจ พบว่า รู้สึกเศร้าโศกที่ต้องเข้ารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย (Saban & Hogan,

2012) รวมทั้งเกิดความเครียด ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง (Ogunlana, Dada, Oyewo, Odole, & Ogunsan, 2014) จากที่กล่าวข้างต้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวเกิดขึ้น

การปรับตัวเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลเพื่อเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือจัดการกับปัญหาเหล่านั้น และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ระบบการปรับตัวตามแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) ประกอบด้วย สิ่งเร้า 3 กลุ่ม คือ สิ่งเร้าตรงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ปรับตัวอย่างทันที สิ่งเร้าร่วม มีผลในทางบวกและทางลบต่อการปรับตัว และสิ่งเร้าแฝงเป็นสิ่งที่อาจมีอิทธิพลแต่ไม่ชัดเจน เมื่อสิ่งเร้าผ่านเข้าสู่ระบบจะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเผชิญปัญหา จนแสดงออกเป็นพฤติกรรมการปรับตัว ซึ่งบุคคลจะปรับตัวได้นั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้าและระดับความสามารถของบุคคล (Roy & Andrews, 1999) จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งเร้าตรงที่มากระทบ ได้แก่ ภาระการดูแล การเข้ารับบทบาทผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม (Khomkham, Rattanathanya, & Krainuwat, 2015) เพราะเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลโดยตรง ส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว (Petchroung, Priyatruk, & Thongkeang, 2013) นอนไม่หลับ ท้องผูก และปัสสาวะน้อยสีเข้ม (Saengmanee, Arpanantiku, & Sirapongam, 2012) ด้านอัตมโนทัศน์พบว่า เกิดความรู้สึกด้านลบแก่ตนเอง (Petchroung, Priyatruk, & Thongkeang, 2013) และรับรู้ภาพลักษณ์ที่ทรุดโทรมของตนเอง (Saengmanee, Arpanantiku, & Sirapongam, 2012) นอกจากนั้นยังใช้วิธีการหนีปัญหาและหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วย (Ckumdee, Arpanantikul, & Sirapongam, 2014) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการใช้วิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการปรับตัว ได้แก่ การสอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นและเกิดการปรับตัวดีขึ้น (Morrakot, Nilmanat, & Matchim, 2015) การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยในการจัดการความเครียด ทั้งยังช่วยทบทวนความรู้และทักษะในการดูแล จนทำให้เกิดความมั่นใจและพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Paksee, Sirapongam, Monkong, & Leelacharas, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมมีผลเชิงบวกต่อการปรับตัวของผู้ดูแล (Khomkham, Rattanathanya, & Krainuwat, 2015) ทำให้รู้สึกมีคุณค่า ส่งผลดีต่อสุขภาพ และช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถปรับตัวได้เหมาะสม (Han et al., 2013) ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (Brandt & Weinert, 1981) ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูล และ 3) ด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาสร้างโปรแกรมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์กับผู้ดูแลหลายด้าน เช่น ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และมีเจตคติที่ดีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Keelapang, 2016) ทำให้เกิดความเข้าใจ จนสามารถชี้แนะและตักเตือนผู้ป่วยได้ (Singmanee, Vannarit, & Tachaudomdach, 2017) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต และยังช่วยลดภาระการดูแลลงได้ (Kunyodying, Pothiban, & Khampolsiri, 2015) เป็นต้น แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัว ซึ่งเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลในหลายมิติทั้งด้านอารมณ์

ด้านข้อมูลและด้านด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล และ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ทำให้มีความรู้และทักษะ ซึ่งอาจนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคม รวมทั้งกิจกรรมเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ ช่วยสร้างความมั่นใจและเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัวอีกทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ทำให้ช่วยลดความวิตกกังวล เกิดความอุ่นใจ ส่งผลให้ตอบสนองทางอารมณ์ออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัวอย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

2. ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมความพร้อมโดยการสร้างสัมพันธภาพ และสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย 2) ระยะดำเนินการ โดยเป็นการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนันสนุนด้านอารมณ์ รับฟังความคิดเห็น สนับสนุนให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยการสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการให้ความรู้และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ โดยการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคมที่ควรได้รับ 3) ระยะติดตาม โดยการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามอย่างต่อเนื่องและให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม และ 4) ระยะประเมินผล เป็นการประเมินการปรับตัว

เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านเข้าสู่กระบวนการเผชิญปัญหา จะนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการตัดสินใจเพื่อเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการหยั่งรู้และคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีการวางแผนตัดสินใจแก้ไขปัญหา ช่วยลดความเครียด รวมทั้งช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวอย่างเหมาะสม ซึ่งผลของการปรับตัวจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) ในด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (two group posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และมีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนสิงหาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มผู้ดูแล มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติของผู้ป่วย รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และไม่รับการตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็นและการพูด สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ 4) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและอนุญาตให้ติดตามเยี่ยมบ้าน และกลุ่มผู้ป่วย มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกครั้งแรก 2) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ตั้งแต่ 70 คะแนนลงมา และ 3) มีคะแนนความรุนแรงของความพร่องทางระบบประสาท (NIHSS) ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของอิทธิพลเท่ากับ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 22 ราย และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Beck, 2008) ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบเฉพาะเจาะจงโดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ 1) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 2) การวินิจฉัยโรคคล้ายคลึงกัน 3) คะแนน Barthel ADL ระดับเดียวกัน และ 4) คะแนน NIHSS ระดับเดียวกัน ส่วนกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ 1) อายุต้องอยู่ในช่วงวัยเดียวกัน และ 2) เพศเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 2) แบบประเมินความรุนแรงของความพร่องทางระบบประสาทสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะดำเนินการ ระยะติดตามผล และระยะประเมินผล 2) คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล 3) สื่อวีดีทัศน์เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยอัมพฤษ์ และ 4) อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอน เช่น เสื้อ กางเกง ตุ๊กตาช้างบริหารกล้ามเนื้อมือ เป็นต้น และส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลสร้างขึ้นโดย Chuenkul (1999) มาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 2 ตอน จำนวนทั้งหมด 44 ข้อ แปลผลคะแนนรวมเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ปรับตัวได้ดีมากจนถึงไม่มีการปรับตัวเลย ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทำการปรับด้านการใช้ภาษา ข้อความ และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นจึงนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย พบว่าสามารถเข้าใจเนื้อหาและนำปฏิบัติได้จริง และส่วนของแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2562/017 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ 3279/2562 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจ้งถึงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยและเข้าร่วมด้วยความสมัครพร้อมลงนามเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายเอกสารภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มจากสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเวชระเบียน และทำการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้าสู่กลุ่มควบคุม โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมในเสร็จสิ้นก่อน เพื่อป้องกันความรู้สึกไม่เท่าเทียมและป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากแล้วเสร็จจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วจึงทำการจับคู่โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองให้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล นัดหมายเพื่อประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 4 และ 8

2) สัปดาห์ที่ 4 ประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลครั้งที่ 1 กับผู้วิจัย ใช้เวลา 30 นาที

3) สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลครั้งที่ 2 กับผู้วิจัย ใช้เวลา 30 นาที

กลุ่มทดลอง ดำเนินการโดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมความพร้อม และระยะดำเนินการ ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

1) 3 วันก่อนการจำหน่าย สนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สื่อสไลด์และให้คู่มือประกอบการสอน สนับสนุนให้เข้าถึงหน่วยบริการใกล้บ้านและเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน และสนับสนุนด้านอารมณ์โดยแนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด ใช้เวลา 45 ถึง 60 นาที

2) 2 วันก่อนการจำหน่าย สนับสนุนด้านข้อมูลและฝึกทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์การสอน เช่น เสื้อ กางเกง เก้าอี้ เป็นต้น และสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการเกี่ยวกับอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 45 ถึง 60 นาที

3) 1 วันก่อนการจำหน่าย ฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดท่าและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับข้างเตียงผู้ป่วย แนะนำสวัสดิการในสังคมที่ควรได้รับ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่เกิดจากการดูแล เมื่อเสร็จสิ้นจึงนัดหมายในการเยี่ยมบ้าน ใช้เวลา 45 ถึง 60 นาที

ระยะติดตามหลังการจำหน่าย ณ บ้านของผู้ป่วย

4) สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน ฝึกทักษะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวข้อและออกกำลังกล้ามเนื้อโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ร่วมกับการสาธิต แนะนำหน่วยบริการที่ช่วยเหลือเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม และชี้แนะให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองจากการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 60 ถึง 90 นาที

5) สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ โดยสอบถามถึงปัญหาและแนะนำแนวทางการแก้ไขตามแต่ละบุคคล ใช้เวลา 10 นาที

6) สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน ทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จากนั้นประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลครั้งที่ 1 ใช้เวลา 60 ถึง 90 นาที

7) สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ โดยสอบถามถึงปัญหาและแนะนำแนวทางการแก้ไขตามแต่ละบุคคล ใช้เวลา 10 นาที

8) สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที

ระยะประเมินผล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-squares test) และสถิติ

ฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) เนื่องจากข้อมูลที่นำมาเปรียบเทียบอยู่ในระดับนามบัญญัติ และใช้สำหรับการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย มี 1 ราย สูญหายจากการวิจัยเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะเลือดเป็นพิษในสัปดาห์ที่ 3 ก่อนการประเมินการปรับตัวครั้งที่ 1 (สัปดาห์ 4) จึงเหลือกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย มี 1 ราย สูญหายจากการวิจัยเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะเลือดเป็นพิษในสัปดาห์ที่ 6 ก่อนการประเมินการปรับตัวครั้งที่ 2 (สัปดาห์ 8) จึงไม่ได้ประเมินการปรับตัวจากผู้ดูแลจึงเหลือกลุ่มควบคุม 25 ราย

ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และมีอายุระหว่าง 41 ถึง 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 และ 76 ตามลำดับ และมากกว่าครึ่งมีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64 และ 60 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 68 และ 48 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 68 และ 44 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 66 ถึง 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 51 ถึง 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 สำหรับชนิดของโรคหลอดเลือดสมองเป็นชนิดตีบ/ตัน คิดเป็นร้อยละ 88 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีระดับความรุนแรงของความพร่องทางระบบประสาทอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนที่ 2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวมาพิจารณาแยกเป็นรายด้าน ในสัปดาห์ที่ 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าการปรับตัวรายด้านอยู่ในระดับดีเท่ากัน ส่วนในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าการปรับตัวด้านร่างกายของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดี แต่กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีมาก ส่วนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี และสำหรับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และการพึ่งพาระหว่างกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับการปรับตัวตามเกณฑ์การแปลผล

การปรับตัว	สัปดาห์ที่ 4				สัปดาห์ที่ 8			
	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)	
	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ
1. ด้านร่างกาย	3.34	ดี	3.39	ดี	3.20	ดี	3.55	ดีมาก
	(0.21)		(0.54)		(0.51)		(0.39)	
2. ด้านอัตมโนทัศน์	3.04	ดี	2.89	ดี	2.59	ดี	3.41	ดี
	(0.59)		(0.77)		(0.68)		(0.58)	
3. ด้านบทบาทหน้าที่	2.56	ดี	2.52	ดี	2.33	ปานกลาง	3.14	ดี
	(0.45)		(0.85)		(0.85)		(0.64)	
4. ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	2.86	ดี	2.59	ดี	2.51	ดี	3.24	ดี
	(0.67)		(0.82)		(0.92)		(0.57)	
การปรับตัวโดยรวม	2.95	ดี	2.84	ดี	2.65	ดี	3.33	ดี
	(0.70)		(0.74)		(0.74)		(0.54)	

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 8

เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 8

ระดับการปรับตัว	กลุ่มควบคุม		X^2	p-value	กลุ่มทดลอง		X^2	p-value
	สป.ที่ 4	สป.ที่ 8			สป.ที่ 4	สป.ที่ 8		
ปานกลาง	2	3	1.200	.549^{ns}	0	0	10.976	.002**
ดี	22	22			16	16		
ดีมาก	1	0			9	9		

ns = non significance, ** p < .01

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระดับการปรับตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการปรับตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการปรับตัว	สัปดาห์ที่ 4		X^2	p-value	สัปดาห์ที่ 8		X^2	p-value
	ควบคุม	ทดลอง			ควบคุม	ทดลอง		
ปานกลาง	2	0	3.191	.203^{ns}	3	0	12.947	.002**
ดี	22	25			22	16		
ดีมาก	1	0			0	9		

ns = non significance, ** p < .01

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ส่งผลให้เกิดการปรับตัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนความรู้และฝึกทักษะบทบาทการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถติดตามและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้เรียนรู้ เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง อีกทั้งการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินสภาพแวดล้อมตามสภาพความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับไปดำรงชีวิตต่อหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่อาจมีอิทธิพลเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัว ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่บุคคลจะปรับตัวต่อความเครียดได้ดีต้องอาศัยข้อมูล ถ้าหากไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างเพียงพอ จะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกสับสนและความไม่รู้ต่อสถานการณ์ก่อให้เกิดภาวะเครียดได้ การสนับสนุนด้านข้อมูลจะช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น ช่วยให้บุคคลปรับตัวได้ดีขึ้น Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981)

การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยรับฟังความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความอบอุ่น สบายใจ ลดความวิตกกังวล และลดความสนใจออกจากสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบ (Akosile, Banjo, Okoye, Ibikunle, & Odole, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง พบว่า การสนับสนุนข้อมูลและด้านอารมณ์ส่งผลให้การปรับตัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Thammarux, Chanruangvanich, Thosingha, & Aurboonyawat, 2017) นอกจากนั้นการติดตามเยี่ยมรายบุคคล ทำให้ผู้วิจัยได้ประเมินความก้าวหน้าในการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างและสามารถวางแผนการให้ความรู้เพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสม (Gok-Ugur & Erci, 2019) และการสนับสนุนช่วยเหลือประสานงานเรื่องสวัสดิการที่ควรได้รับ การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น รวมทั้งการช่วยเหลือในการปฏิบัติทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย คือ การจัดท่า การเคลื่อนย้าย การออกกำลังกล้ามเนื้ออย่างถูกวิธี เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (Han et al., 2014)

เมื่อพิจารณาการปรับตัวรายด้านในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ระดับการปรับตัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีเท่ากัน (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในช่วง 1 เดือนแรกของการเป็นดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ยังต้องมีการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาอยู่ตลอดเวลา จึงอาจยังอยู่ในช่วงปรับสมดุลของการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paksee et al. (2016) ที่พบว่าคะแนนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระดับการปรับตัวรายด้านในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และการพึ่งพาระหว่างกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีเท่ากันทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 3) แต่พบว่าระดับการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

การปรับตัวด้านร่างกายในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียด สนับสนุนให้กำลังใจ รวมทั้งการระบายความรู้สึก จึงทำให้สามารถจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลของตนเองได้ ซึ่งนำไปสู่การจัดการกับร่างกายตนเองให้ดีขึ้น เช่น จัดการเกี่ยวกับการพักผ่อนได้ดีขึ้น ไม่มีปัญหาในเรื่องการขับถ่าย สามารถหาเวลาไปออกกำลังกายได้มากขึ้น เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาในหออภิบาลที่พบว่า หลังจากได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ทำให้ความวิตกกังวลลดลง และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Yothinwattanabumrung, Ua-Kit, & Jitpanya, 2007) สามารถอธิบายตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ที่กล่าวว่าการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ในการดูแล โดยบุคคลจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือนั้น และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียด หรือความไม่แน่นอนในสถานการณ์ของชีวิต

สำหรับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร รู้สึกเต็มใจที่ได้มาดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นการแสดงความกตัญญูต่อบุพการี สอดคล้องกับการศึกษา Khomkham, Rattanathanya, & Krainuwat (2015) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร จึงเกิดทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความกระตือรือร้นในการรับฟังข้อมูลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีความต้องการให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยเร็ว จึงเป็นผลให้การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในสัปดาห์ที่ 8 ของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและกับผู้อื่น จึงทำให้รับรู้ความรู้สึกเชิงบวกในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลร่วมกับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มทดลองสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Monkong, Leelacharas, & Sirapo-ngam (2016) ที่พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการความเครียดมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทของผู้ดูแลได้

ส่วนการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน พบว่าระดับการปรับตัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร่วมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยที่ยึดการปลูกฝังความรักความผูกพัน ทำให้ลูกหลาน

ตระหนักต่อการดูแลบิดา มารดาและบุพการีตลอดมา (Nieamsup, Padwang, & Jongudomkar, 2020) อีกทั้งส่วนใหญ่ครอบครัวมีลักษณะสัมพันธภาพแบบพึ่งพาอาศัยกัน ทำให้ต่างฝ่ายต่างช่วยเหลือกัน ร่วมกับการได้รับความรู้สึกเป็นห่วงเห็นใจจากญาติพี่น้องอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ก่อให้เกิดความผูกพันระหว่างกัน ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม (Khandan, Riazi, Akbari, & Nasiri, 2018)

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระดับที่เหมาะสม อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมด้วย จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง มีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแล ส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยมีผลเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลให้กว้างขึ้น ด้วยการทำงานของกระบวนการเผชิญปัญหา 2 กลไก คือ กลไกการควบคุม ซึ่งเป็นการตอบสนองทางร่างกายและส่งผลผ่านไปยังกลไกการคิดรู้ ที่เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านการคิดและการแสดงอารมณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และการฝึกทักษะอย่างถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างจะเลือกและจำในสิ่งที่น่าสนใจนำมาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเดิม ทำให้เกิดการหยั่งรู้ เลียนแบบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งการให้กำลังใจและการติดตามเยี่ยม ยังช่วยลดความวิตกกังวล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องมีการอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลการปรับตัวของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องในระยะยาวที่ 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของระดับการปรับตัว

2. ควรศึกษาถึงผลลัพธ์อื่นๆ ของการสนับสนุนทางสังคมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล สุขภาวะ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

Akosile, C. O., Banjo, T. O., Okoye, E. C., Ibikunle, P. O., & Odole, A. C. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and quality of life outcomes, 16*(1), 1-7.

Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research, 30*(5), 277-280.

Chuenkul, O. (1999). *Adaptation and Dependent Care Agency for Stroke Patients in Nakornping Hospital.* (Master's thesis). Chiang Mai University, Faculty of Nursing. (In Thai)

Ckumdee, S., Arpanantikul, M., & Sirapongam, Y. (2014). Family Caregivers' Adjustment Problems in Caring for Stroke Patients. *Thai Journal of Nursing Council, 29*(4), 45-63. (In Thai)

Gok Ugur, H., & Erci, B. (2019). The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clinica Croatica, 58*(2), 321-332.

Han, J., Jeong, H., Park, J., Kim, T., Lee, D., Lee, D., . . . Kim, K. (2014). Effects of social supports on burden in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics, 26*(10), 1639-1648.

Keelapang, K. (2016). *Effects of information and emotional supports for caregivers on activities of daily living and well-being among the elderly with stroke during rehabilitation phase.* (Master's thesis). Chiang Mai University, Faculty of Nursing. (In Thai)

Khandan, S., Riazi, H., Akbari, S. A. A., & Nasiri, M. (2018). The correlation between adaptation to the maternal role and social support in a sample of Iranian primiparous women. *Advances in Nursing & Midwifery, 27*(3), 37-42.

Khomkham, K., Rattanathanya, D., & Krainuwat, K. (2015). Predictive Factors for Adaptation Among Caregivers of Stroke Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 16*(2), 114-122. (In Thai)

Kunyodying, T., Pothiban, L., & Khampolsiri, T. (2015). Dependency of the Elderly with Stroke, Caregiver Burden, Social Support, and Quality of Life among Older Caregivers. *Nursing Journal, 42,* 107-117. (In Thai)

Ministry of Public Health. (2020). *Public Health Statistics A.D. 2019.* Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (In Thai)

Monkong, S., Leelacharas, S., & Sirapo-ngam, Y. (2016). Effectiveness of Transitional Care Program for Stroke Patients and Family Caregivers from hospital to home. *Journal of Public Health Nursing, 30*(3), 84-100. (In Thai)

Morrakot, P., Nilmanat, K., & Matchim, Y. (2015). Impacts of an Adaptation-Promoting Programme on the Caregiving Relatives of Terminal Chronic Disease Patients. *Thai Journal of Nursing Council, 30*(2), 33-45. (In Thai)

Nieamsup, T., Padwang, B., & Jongudomkar, D. (2020). The Suffering-Happiness of the Elderly who depend on Families: A Qualitative Study in Northern Socio-Cultural Context of Thailand. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journ, 12*(1), 151-164.

Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, A. C., & Ogunsan, M. O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal, 32*(1), 6-12.

Paksee, N., Sirapongam, Y., Monkong, S., & Leelacharas, S. (2016). Effects of a Transitional Care Program for Stroke Patients and Family Caregivers on Caregiver's Preparedness, Stress, Adaptation, and Satisfaction. *Ramathibodi Nursing Journal, 22*(1), 65-80. (In Thai)

Petchroung, N., Priyatruk, P., & Thongkeang, V. (2013). The Study of Continuing Care for Patients with Cerebrovascular Disease in Primary Care Unit. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 14*(1), 25-34. (In Thai)

Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice,* (8th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Roy, S. C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model,* (2nd edition). London: Appleton & Lange.

Saban, K. L., & Hogan, N. S. (2012). Female caregivers of stroke survivors: coping and adapting to a life that once was. *Journal of Neuroscience Nursing, 44*(1), 2-14.

Saengmanee, S., Arpanantiku, M., & Sirapongam, Y. (2012). A Case Study: Adaptation of a Working Caregiver to a Stroke Patient. *Ramathibodi Nursing Journal, 18*(1), 119-133. (In Thai)

Satink, T., Cup, E. H., Ilott, I., Prins, J., de Swart, B. J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2013). Patients' views on the impact of stroke on their roles and self: a thematic synthesis of qualitative studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 94*(6), 1171-1183.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine, 4,* 381-406.

Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). *Families caring for an aging America.* Washington, DC: National Academies Press.

Seesawang, J., & Thongtang, P. (2016). Post-Stroke Depression among Older Adult Stroke Survivors. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 8*(2), 73-8. (In Thai)

Singmanee, C., Vannarit T., & Tachaudomdach, C. (2017). Effect of Family Support on Health Behaviors among Persons with End Stage Renal Disease Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nursing Journal, 44*(2), 78-88. (In Thai)

Thammarux, T., Chanruangvanich, W., Thosingha, O., & Aurboonyawat, T. (2017). Impact of a Family-Empowering Programme on the Coping Ability of the Family Caregivers of Postoperative Neurosurgical Patients in a Neurosurgical ICU. *Thai Journal of Nursing Council, 32*(2). 49-64. (In Thai)

Yothinwattanabumrung, A., Ua-Kit, N., & Jitpanya, C. (2007). The Effect of Family Crisis Intervention Program on Adaptation of Family Members of Patients Admitted in an Intensive Care Unit. *Journal of Nuesing Science Chulalongkorn University, 19*(2), 98-111. (In Thai)

World Stroke Organization. (2019). *World stroke campaign.* Retrieved from http://www.worldstrokecampaign.org.

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
Food Consumption Behaviors and Nutritional Status in Older Persons with Stroke

สุชารินี	ศรีสวัสดิ์ *	Sucharinee	Srisawat *
ทศพร	คำผลศิริ **	Tosaporn	Kumpolsiri **
ศิริรัตน์	ปานอุทัย **	Sririrat	Panuthai **

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรมีพฤติกรรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อให้มีภาวะโภชนาการดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) แบบบันทึกภาวะโภชนาการ เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ทางสถิติก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. การศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.23 อายุเฉลี่ย 69.85 ปีค่าดัชนีมวลกายก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ1ร้อยละ 40.92

2. ค่าเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}$=50.51, S.D.= 6.68)

3. ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ($\bar{X}$=25.54 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, S.D.= 3.66)

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการในระดับปานกลาง (r = -0.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

คำสำคัญ: *พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง*

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, Chiangmai Neurological Hospital, srisawat_2@hotmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 27 มกราคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 17 เมษายน 2561 วันตอบรับบทความ 20 สิงหาคม 2561

Abstract

Older persons who are stroke survivors should have appropriate food consumption behaviors to improve their nutritional status. This research aimed to describe the relationship between food consumption behaviors and nutritional status in older persons who are stroke survivors. The sample consisted of 88 older persons with stroke survivors receiving care from outpatient clinic, Chiang Mai Neurological Hospital. The sample was purposively selected based on the eligibility criteria. Data were collected using: 1) the demographic data and clinical characteristics form; 2) food consumption behaviors in older persons who suffered from stroke questionnaire; and 3) a nutritional status record form. Research instruments were tested for validity and reliability. They had a statistically acceptable value before data collection. Data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The overall was men (60.23%) and mean age 69.85 years. The nutritional status of participants before diagnosis with stroke was obesity level 1 (40.92%).

2. The overall mean score of food consumption behaviors were very appropriate ($\bar{X}$=50.51, S.D. = 6.68).

3. The nutritional status of participants was obesity level 1 indicated by the mean score of body mass index ($\bar{X}$=25.54 kg/m2, S.D. = 3.66).

4. Food consumption behaviors showed a moderately negative significant relationship with nutritional status ($r = -0.32$, $p < 0.01$)

Keywords: *Food consumption behaviors, Nutritional status, Older Adults, Stroke*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน พบว่าอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกพบ 142 ต่อแสนประชากร ในเพศชายพบ 133 ต่อแสนประชากรและเพศหญิงพบ 99 ต่อแสนประชากร (Fergin, Norrving, & Mensah, 2017) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่าโรคหลอดเลือดสมองพบมากในผู้สูงอายุ โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1,250-1,796 ต่อแสนประชากร ในกลุ่มอายุ 75-84 ปี และ 1,628-2,234 ต่อแสนประชากร ในกลุ่มอายุ 85 ปี (Engstad, Engstad, Viitanen, & Ellekjaer, 2012) ส่วนประเทศไทยอัตราป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมองในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 255.85 ต่อแสนประชากรในปี 2550 เป็น 352.30 ต่อแสนประชากรในปี 2557 (Bureau of Non Communicable Disease Ministry of Public Health, 2015) ในกลุ่มผู้สูงอายุจากการสำรวจพบว่าในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,818.8 ต่อแสนประชากรในเพศชาย และ 1,180.1 ต่อแสนประชากร ในเพศหญิง (Pipatjaturon, Tidtean, & Wutchotwanitgit, 2015) และในจำนวนที่รอดชีวิตร้อยละ 50 ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง

โรคหลอดเลือดสมองตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ภาวะที่ระบบไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการถูกรบกวน โดยมีสาเหตุ

มาจากการที่หลอดเลือดเกิดการฉีกขาดหรือมีการอุดกั้น ทำให้สมองขาดออกซิเจนและสารอาหาร เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมอง (World Health Organization [WHO], 2013) โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) และเนื่องจากกระบวนการชราภาพ (aging process) ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลง ซึ่งในกลุ่มที่ชราภาพมาก (very old) มีความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าถึง 2.7 เท่า และทำให้มีโอกาสเกิดความพิการอย่างถาวรถึง 2.1 เท่า เมื่อจำหน่ายออกนอกโรงพยาบาลพบว่าในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสียชีวิตใน 5 ปี ถึงร้อยละ 91.6 (Kammersgaard, Jorgensen, Reithj, Nakayama, Pedersen, & Olsen, 2004) โดยอาการแสดงที่พบได้แก่ แขน ขาอ่อนแรง การทรงตัวไม่ดี มีความบกพร่องด้านการรับรู้และด้านสติปัญญา การสูญเสียการรับความรู้สึก การรับรสชาติ กลิ่น ตลอดจนภาวะกลืนลำบาก (Westergren, Ohlsson, & Hallberg, 2001) ส่งผลต่อความสามารถในการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะทางสุขภาพที่มีอิทธิพลมาจากอาหารที่ได้รับ ดูดซึม และสะสมในร่างกาย ตลอดจนการนำสารอาหารไปใช้ (Thomas, 2017) โดยภาวะโภชนาการแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะโภชนาการปกติ (normal nutrition) และภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ซึ่งภาวะทุพโภชนาการประกอบด้วย ภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน (undernutrition) เกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ และภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน (overnutrition) คือภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารมากเกินความต้องการของร่างกาย (Julkragka, 2012) ในต่างประเทศพบว่าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดเลือดออกในสมองและชนิดขาดเลือด พบว่ามีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานร้อย 8.2-33 โดยประเมินจากค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Ying, Harith, Ahmad, & Mukhali, 2019) ส่วนภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานโดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบร้อยละ 16 (FOOD Trial Collaboration, 2003) จะเห็นได้ว่าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบได้ทั้งภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานและภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แผลกดทับ บาดแผลหายช้า ภูมิคุ้มกันร่างกายที่ต่ำลง ส่งผลให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูร่างกาย ระยะการนอนโรงพยาบาลยาวนาน และเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (Gomes, Emery, & Weekes, 2016) ส่วนภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานโดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการมาตรฐาน (Kariasa, Nurachmah, & Koestoer, 2019) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ภาวะโภชนาการจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดภาวะพร่องโภชนาการได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ความสามารถในการประกอบอาหารและการรับประทานอาหารด้วยตนเองลดลงด้วย 2) ภาวะกลืนลำบาก เกิดจากกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและการกลืนอ่อนแรง ส่งผลให้ได้รับอาหารน้อยลง (National Stroke Association, 2014) 3) การอาศัยอยู่เพียงลำพัง ทำให้ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการจัดหาอาหารและการับประทานอาหาร

จึงทำให้เกิดภาวะพร่องโภชนาการได้ (Brownie, 2006) 4) ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่าย ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง (Chai, Chu, Chow, & Shum, 2008) 5) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการ ดังการศึกษาของ Wongkachit & Navich-arern (2015) พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดีสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ แต่เนื่องจากปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการและเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง และมีผลต่อภาวะโภชนาการโดยตรง ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีจะส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีด้วย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารซึ่งประกอบไปด้วย ชนิด ความถี่ ปริมาณ และลักษณะอาหารที่บริโภค (Dongina, 2017) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (American Stroke Association, 2016) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เลือกรับประทานอาหารชนิดที่มีไขมันสูงพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Mangat, Grewal, Singh, Kaur, Jyotsna, & Pandian, 2013) ด้านความถี่ควรมีการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุมื้อหลัก 3 มื้อ และมีอาหารระหว่างมื้อเป็นมื้อเล็กๆ อีก 2 มื้อ ซึ่งมื้ออาหารมีความสัมพันธ์กับกับโรคอ้วนและระดับคลอเลสเตอรอลอันเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (St-Onge et al., 2017) ส่วนปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลลอรี่ต่อกิโลกรัมต่อวัน และลักษณะอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรมีลักษณะเคี้ยวง่ายและมีส่วนประกอบของน้ำ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดการสำลักอาหารและได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ (Steele et al., 2015) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีได้ต้องคำนึงถึง ชนิด ความถี่ ปริมาณ และลักษณะอาหารที่บริโภคหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดีด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการ พบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในกลุ่มพึ่งพิงที่รับประทานอาหารได้เอง ภาวะพึ่งพิงที่ได้รับอาหารทางสายยาง และกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการให้อาหารทางสายยางมีระดับของเซรัมอัลบูมิน น้ำหนัก และสัดส่วนของร่างกายลดลง ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Unosson, Anna-Christina, Bjurulf, Schenck, & Larsson, 1994) ในประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุทีมีภาวะพึ่งพิง พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเหมาะสมปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กันในทางบวกในระดับต่ำกับกับค่าดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dongina, 2017) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มดังกล่าวไม่สามารถนำไปอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลือ ได้แก่ แขน ขาอ่อนแรง กลืนลำบาก มีความบกพร่องด้านสติปัญญา และการพูด อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลประกอบการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

สมองดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังจากรอดชีวิต ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวไม่สามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพได้ หรือมีภาวะกลืนลำบากทำให้รับประทานอาหารได้น้อย หรือมีภาวะซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลให้ความอยากหรือความต้องการอาหารลดลง ความบกพร่องดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยภาวะโภชนาการเป็นสภาวะหรือสุขภาพของร่างกายที่เป็นผลจากอาหารที่ร่างกายได้รับและถูกสะสมไว้ในร่างกาย ซึ่งสามารถประเมินได้จากค่าดัชนี มวลกาย การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมนั้นประกอบด้วย ชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง ความถี่ของอาหารที่บริโภค ลักษณะของอาหารควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม กลืนได้ง่าย ทำให้ได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับประโยชน์จากสารอาหารและนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ทำให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะช่วยให้มีภาวะโภชนาการปกติตามมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (significant level) 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) 0.8 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลางเท่ากับ 0.30 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 88 ราย (Polit & Beck, 2001) เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 สำหรับกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) มีระดับสติปัญญาและการรับรู้ดี โดยประเมินจากแบบทดสอบสติปัญญา Mental Status Questionnaire (MSQ) ของ Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peack (1960) แปลเป็นภาษาไทยโดย Intarasombut (1996) จำนวน 10 ข้อ โดยต้องมีระดับคะแนน 8 คะแนนขึ้นไป 2) สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้ 3) ไม่ได้รับอาหารทางสายยาง 4) เป็นผู้ที่สื่อสารภาษาไทยด้วยการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนได้ 5) เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป 6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ Duangjina et al. (อ้างใน Duangjina, 2017) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็นชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง 9 ข้อ ความถี่ในการบริโภคอาหาร 1 ข้อ ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน 7 ข้อ และลักษณะอาหารที่บริโภค 7 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 72 คะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนน ได้แก่ 0-24 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม 25-48 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมบริโภคอาหารเหมาะสมปานกลาง และ 49-72 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมบริโภคอาหารมีความเหมาะสมมาก โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ทำการค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เท่ากับ 0.88 และ 3) แบบบันทึกภาวะโภชนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการวัดสัดส่วนร่างกาย ซึ่งพัฒนาโดย Jawasit, Jitjang, & Bunjong (2012) เพื่อนำไปหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดยจำแนกระดับของภาวะโภชนาการเป็น 5 ระดับ (Office of the Health Promotion Foundation (2012) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผู้วิจัยใช้สายวัดมาจากวัสดุแบบไฟเบอร์กลาส (fiberglass) แถบวัดสีขาว ตัวหนังสือสีดำ ลักษณะสายวัดต้องไม่หักพับงอมีหน่วยการวัดเป็นเซนติเมตร จำนวน 3 ครั้ง บันทึกผลเป็นมิลลิเมตร ตรวจสอบความแม่นยำด้วยการวัดความยาวของเทปวัดผู้วิจัยทำการตรวจสอบด้วยแท่งยาวที่ใช้ในการเปรียบเทียบ (โดยปกติคือ 150 ซม.) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความแม่นยำของสายวัดสัปดาห์ละครั้ง (Tolonen, Kuulasmaa, & Laatikainen, 2002) ทำการวัดเทียบกับผู้เชี่ยวชาญในอาสาสมัครจำนวน 10 คน วัดคนละ 3 ครั้งแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยจากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้มาเทียบกับผู้เชี่ยวชาญที่ทำการวัดในคนเดียวกันกับผู้วิจัย (inter-rater reliability) (Polit & Beck, 2001) โดยค่าที่ยอมรับได้คือความตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญได้เท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 2561-EXP001 และโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์เป็นเวลา 30 นาที และทำการวัดสัดส่วนร่างกาย ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการระบุตัวตนของผู้ป่วย และมีผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลเพียงผู้เดียว เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2561 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 60.23 อายุเฉลี่ย 69.85 ปี และมีค่าดัชนีมวลกายก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1ร้อยละ 40.92 รองลงมาอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 26.13 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	60.23
หญิง	35	39.77
อายุ (ปี) (range 60-88 ปี, = 69.85, S.D.= 7.22)		
60-69	47	53.40
70-79	28	31.82
> 80	13	14.78
ค่าดัชนีมวลกายก่อนได้รับการวินิจฉัย (kg/m^2)		
($\bar{X}$ = 25.64, S.D. = 3.58)		
18.5-22.99 (สมส่วน)	23	26.13
23-14.99 (ท้วม)	17	19.32
25-29.99 (อ้วนระดับ 1)	36	40.92
> 30 (อ้วนอันตราย)	12	13.63

2. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 50.51, S.D.= 6.68) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม และรายด้าน (n = 88)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนแบบวัด	ช่วงคะแนนจริง	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
โดยรวม	0.00-72.00	30.00-65.00	50.51 (6.68)	เหมาะสมมาก
รายด้าน				
ชนิด	0.00-27.00	8.00-25.00	17.12 (3.55)	เหมาะสมปานกลาง
ความถี่	0.00-3.00	0.00-3.00	1.03 (1.20)	เหมาะสมปานกลาง
ปริมาณ	0.00-21.00	7.00-21.00	16.09 (2.78)	เหมาะสมมาก
ลักษณะ	0.00-21.00	12.00-20.00	16.28 (2.13)	เหมาะสมมาก

3. ดัชนีมวลกายโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายโดยรวมอยู่ที่อ้วนระดับ 1 ($\bar{X}$ = 25.54, S.D.= 3.66) ภาวะโภชนาการในการศึกษาครั้งนี้ประเมินด้วยดัชนีมวลกาย โดยทำการแบ่งเป็น 5 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.83 มีภาวะอ้วนระดับ 1 รองลงอยู่ในระดับท้วมร้อยละ 18.18

และภาวะอ้วนอันตราย ร้อยละ 13.65 ตามลำดับ ส่วนภาวะโภชนาการปกติพบเพียงร้อยละ 25.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงดัชนีมวลกาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของดัชนีมวลกาย (n = 88)

ตัวแปร	ช่วงดัชนีมวลกาย	$\bar{X}$ (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	18.90-35.47	25.54 (3.66)	88 (100.00)
BMI 18.5-22.99 (สมส่วน)	18.90-22.92	20.98 (4.48)	22 (25.00)
BMI 23-24.99 (ท้วม)	23.02-25.22	24.07 (0.78)	16 (18.18)
BMI 25-29.99 (อ้วนระดับ 1)	25.21-29.61	27.04 (1.31)	38 (56.83)
BMI > 30 (อ้วนอันตราย)	30.01-35.47	31.23 (1.59)	12 13.65)

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.32, p <0.01)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 50.51, S.D. = 6.68) (ดังตารางที่ 3) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี มีการเลือกชนิดอาหารที่บริโภคที่เหมาะสม รวมทั้งมีการบริโภคอาหารครบ 3 มื้อหลักในปริมาณที่เหมาะสม และมีการเลือกลักษณะอาหารในการบริโภคอาหารที่เคี้ยวง่ายและมีน้ำเป็นส่วนประกอบ จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Duangjina (2017) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 36.80, SD = 7.07) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย โดยพบร้อยละ 73.87 ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 50.39, SD = 6.49) จากเหตุดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกบริโภคอาหาร ทั้งชนิดอาหาร ความถี่ ปริมาณและลักษณะอาหาร เพื่อควบคุมโรคประจำตัว โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำด้วยการรักษาทางยาและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ผลการศึกษาพบว่าการควบคุมการบริโภคอาหาร ซึ่งพบว่าหากมีการจำกัดปริมาณโซเดียม บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด นอกจากจะสามารถควบคุมโรคร่วมได้ ยังสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ด้วย (Sarikaya, Ferro, & Arnold, 2015) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 45.45 ซึ่งมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 50.50, SD = 6.50) จึงมีคนช่วยจัดหาอาหารให้บริโภคอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kullberg (2009) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุเพศชายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคพาร์คินสัน ข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม มีการบริโภคอาหารเพียง 2 มื้อ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังที่มีผู้ดูแลในการจัดหาอาหารให้รับประทานครบทั้ง 3 มื้อ รวมไปถึงสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีร้อยละ 67.04 โดยมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 49.95, SD = 6.80) ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการที่จะจัดหาอาหารที่มีคุณภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 77.27 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 50.66, SD = 6.90) ทำให้มีการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

2. ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.83 มีภาวะอ้วนระดับ 1 รองลงอยู่ในระดับท้วมร้อยละ 18.18 และภาวะอ้วนอันตราย ร้อยละ 13.65 ตามลำดับ ส่วนภาวะโภชนาการปกติพบเพียงร้อยละ 25.00 แตกต่างจากการศึกษาของ Duangjina (20117) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ เนื่องจากความอ้วนเกิดจากปัจจัยหลายประการ โดยมีการศึกษาพบว่าการใช้ยาบางชนิด ได้แก่ ยาต้านการซึมเศร้า และ ยาสเตียร์รอยด์ มีผลทำให้เกิดภาวะโภชนาเกินได้ (Coggins, 2018) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาในกลุ่มที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ ยาต้านการซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ในระดับท้วม ($\bar{X}$ = 24.90, S.D. = 4.44) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญและไม่ได้ประกอบอาชีพ รวมทั้งมีผู้ดูแลทำงานบ้านให้ ทำให้มีกิจกรรมทางกายและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง เกิดการสะสมตามส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น รวมไปถึงโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายสูง หากมีรายได้ไม่เพียงพอส่งผลให้เข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพลดลง (Seesawang & Rungnoe, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Heart and stroke foundation (2013) พบว่าการที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีส่งผลให้ไม่สามารถจัดหาหรือเข้าถึงอาหารที่จำเป็นในการดำรงชีวิต แต่กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 77.27 และมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ($\bar{X}$ = 25.64, S.D. = 3.21) ทำให้มีกำลังในการซื้ออาหารมารับประทานจึงทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาเรื่องกลืนลำบากจึงทำให้รับประทานอาหารได้ดี โดยมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 เช่นเดียวกัน ($\bar{X}$ = 25.56, S.D. = 3.57) แต่เนื่องจากมีการใช้พลังงานและมีอัตราการเผาผลาญลดลงเกิดการสะสมในร่างกาย ทำให้มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.32$, $p < 0.01$) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายที่ไม่เพิ่มขึ้น โดยภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.83 มีภาวะอ้วนระดับ 1 รองลงอยู่ในระดับท้วมร้อยละ 18.18 และภาวะอ้วนอันตรายร้อยละ 13.65 ตามลำดับ ส่วนภาวะโภชนาการปกติพบเพียงร้อยละ 25.00 ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความเหมาะสม ทั้งชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง ความถี่ในการบริโภคอาหาร ปริมาณอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุควรได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลลอรี่ต่อกิโลกรัมต่อวัน และลักษณะอาหารที่ควรบริโภคที่มีความอ่อนนุ่ม สามารถเคี้ยวและกลืนได้ง่าย (American Stroke Association, 2005) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะช่วยให้ได้รับพลังงานที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และสามารถนำสารอาหารที่ได้รับไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้น้ำหนักลดลง

ปรับเข้าสู่เกณฑ์ปกติ ทำให้ค่าดัชนีมวลกายไม่สูงส่งผลให้มีภาวะโภชนาการดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อมูลจากการวิจัยใช้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในการให้ความรู้ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะในด้านด้านชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง และด้านความถี่ในการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ เพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและมีภาวะโภชนาการที่ดี

ด้านการศึกษา สามารถนำองค์ความรู้จากการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการให้ความรู้แก่นักการศึกษาทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมและภาวะโภชนาการที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ เพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระดับไขมันในเลือด การออกกำลังกาย เป็นต้น

2. ควรมีศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนบทหรือกึ่งเมือง เนื่องจากอาจมีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ซึ่งอาจมีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการได้

3. ควรมีการนำองค์ความรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

4. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดังนั้นควรมีการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย

ข้อจำกัดในการวิจัย

เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อจำกัดด้านของลักษณะอาหารที่บริโภคซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากร่วมด้วย และด้านความถี่ในการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากมีการบริโภคอาหารต่อมื้อได้น้อยจึงต้องรับประทานอาหาร 5-6 มื้อต่อวัน เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แต่ในกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะกลืนลำบาก จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้

เอกสารอ้างอิง

American Stroke Association, (2005). *Nourishing good eating habits.* Retrieved June 23, 2017, from https://www.strokeassociation.org/idc/.../stroke.../ucm_313262.pdf

American Stroke Association. (2016). *Nutrition tips for stroke survivors.* Retrieved from http://www.strokeassociation.org/Strokeorg/lifeafterstroke/healthylivingafterstroke/nutrition/nutrition-tips-for-stroke survivors_UCM_308569_subhomepage.jsp

Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?. *International Journal of Nursing Practice, 12*(2), 110-118. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00557

Bureau of Non Communicable Disease Ministry of Public Health. (2015). *Annual report 2014.* Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King.

Chai, J., Chu, F. C. S., Chow, T. W., & Shum, N. C. (2008). Prevalence of malnutrition and its risk factors in stroke patients residing in an infirmary. *Singapore Medical Journal, 49*(4), 290-296.

Coggins, M. D. (2018). *Steroid-related risks.* Retrieved from http://www.todaysgeriatricmedicine.com/ archive/0714p8.shtml

Dongina, T. (2017). *Food consumption behaviors and nutritional status in older persons with dependency,* Master of Nursing Science (Gerontological Nursing). Graduate student Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (In Thai)

Engstad, T., Engstad, T. T., Viitanen, M., & Ellekjaer, H. (2012). Epidemiology of stroke in the elderly in the nordic countries. incidence, survival, prevalence and risk factors. *Norsk Epidemiologi, 22*(2), 121-126.

Fergin, V., Norrving, B., & Mensah, G. (2017). Global burden of stroke. *Circulation Research, 120*(3), 439-448.

FOOD Trial Collaboration. (2003). Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: Observational data from the food trial. *Stroke, 34*(6), 1450-1456. doi: 10.1161/01. STR.000007 4037.49197.8C

Gomes, F., Emery, P. W., & Weekes, C. E. (2016). Risk of malnutrition is an independent predictor of mortality, length of hospital stay, and hospitalization costs in stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 25*(4), 799-806.

Hart and stroke foundation. (2013). *Access to affordable, healthy and nutritious food.* Retrieved from http://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/2017-position-statements/accessto-affordablehealthy-nutritiousfoods-ps-eng.ashx?la=en

Intarasombut, P. (1996). Assessment of health status in elderly. *Ramathibodi Nursing Journal.*

Jawasit, W., Jitjang, A., & Bunjong, A. (2012). *Development of food consumption guideline for good nutritional status in the elderly (research report).* Nakhon Pathom: Institute of Nutrition, Mahidol University.

Julkragka, S. (2012). *Basic of nutrition.* (Edition 8). Bangkok: Kasetsart University.

Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry, 117*(4), 326-328.

Kammersgaard, L. P., Jorgensen, H. S., Reithj, J., Nakayama, H., Pedersen, P. M., & Olsen, T. S. (2004). Short-and long-term prognosis for very old stroke patients. the copenhagen stroke study. *Age and Ageing, 33*(2), 149-154

Kariasa, I. M., Nurachmah, E., & Koestoer, R. A. (2019). Analysis of participants' characteristics and risk factors for stroke recurrence. *Enfermeria clinica, 29,* 286-290.

Kullberg, K. (2009). *Food in older men with somatic diseases: Eating habits and approaches to food-related activities* (Dissertation for the Degree of Licentiate of Philosophy). Uppsala University, Sweden.

Mangat, A., Grewal, D., Singh, R., Kaur, P., Jyotsna, R., & Pandian, J. D. (2013). Dietary patterns in stroke patients in northwest India. *Nutritional Neuroscience, 16*(6), 288-292. doi:10.1179/1476830513Y.0000000058

National Stroke Association. (2014). *Diet and nutrition.* Retrieve June 21, 2017, from http://www.stroke.org/ we-can-help/stroke-survivors/living-stroke/rehabilitation/diet-and-nutrition

Office of the Health Promotion Foundation (2012). *Overweight and obesity.* Retrieved from http://www.thaihealth.or.th/Content/20399-Overweight and obesity.html

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2001). *Nursing research: Method appraisal, and utilization* (5th ed). Philadelphia: Lippincott.

Pipatjaturon, N., Tidtean, W., & Wutchotwanitgit, G. (2015). Standardized morbidity rate of cerebrovascular disease, 2nd health region, Thailand, 2014. *Weekly Epidemiological Surveillance Report, 47*(15), 225-239.

Sarikaya, H., Ferro, J., & Arnold, M. (2015). Stroke prevention-medical and lifestyle measures. *European Neurology, 73*(3-4), 150-157.

Steele, C., Alsanei, W., Ayanikalath, S., Barbon, C., Chen, J., Cichero, J, ... Wang, H. (2015). The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: A systematic review. *Dysphagia: Dedicated to Advancing the Art and Science of Deglutology, 30*(1), 22-26. Doi:10.1007/s00455-014-9578-x

Seesawang, J., & Rungnoe, N. (2015). Nursing care for stroke patients: strategies towards patient-centered care. *Journal of Nursing Science, 34*(3), 10-18.

St-Onge, M. P., Ard, J., Baskin, M. L., Chiuve, S. E., Johnson, H. M., Kris-Etherton, P., & Varady, K. (2017). Meal timing and frequency: Implications for cardiovascular disease prevention: A scientific statement from the American heart association. *Circulation, 135*(9), e96-e121. doi: 10.1161/ CIR. 0000000000000476

Thomas, S. (2017). What Does *Nutritional Status Mean?.* Retrieved from https://www.livestrong.com/article/416044-nutrition-diet-for-elderly-people-over-60

Tolonen, H., Kuulasmaa, K., & Laatikainen, L. (2002). *Recommendation for indicators, international collaboration, protocol and manual of operations for chronic disease risk factor surveys.* Retrieved from www.thl.fi/publications/ehrm/product2/part_iii5.htm

Unosson, M., Ek, A. C., Bjurulf, P., Schenck, H., & Larsson, J. (1994). Feeding dependence and nutritional status after acute stroke. *Stroke, 25*(2), 366-371.

Westergren, A., Ohlsson, O., & Hallberg, I. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing, 35*(3), 416-426. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01884

World Health Organization. (2013). *Cerebrovascular accident.* Retrieved June 21, 2017, from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en

Wongkachit, C., & Navicharern, R. (2015). Factors related to eating behaviors in stroke patients. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 27*(3), 80-92.

Ying, C. Y., Harith, S., Ahmad, A., & Mukhali, H. B. (2019). Factors Associated With Post-stroke Nutritional Status in Stroke Survivors under Rehabilitation. *Indian Journal of Public Health Research & Development, 10*(4).

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง
Health Literacy and Health Promoting Behaviors Among Karen Older Persons

ยุทธการ	ประพากรณ์ *	Yoottakan	Prapakorn *
โรจนี	จินตนาวัฒน์ **	Rojanee	Chintanawat **
เดชา	ทำดี ***	Decha	Tamdee ***

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนจำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ระหว่างเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงขาว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุกะเหรี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกะเหรี่ยง

คำสำคัญ: *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุกะเหรี่ยง*

Abstract

Health literacy is essential for successful health promotion among Karen older persons. This correlation descriptive research aimed to investigate health literacy, health promoting behaviors, and the association between health literacy and health promoting behaviors among Karen older persons. Participants were Karen older persons who resided in Mae Hong Son Province. The 88 participants were selected by using purposive sampling from December 2017 to February 2018.

** *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ*

** *Corresponding Author, Professional Nurse, ae_entsci@hotmail.com*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

**** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

**** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 30 กรกฎาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 7 มกราคม 2562 วันตอบรับบทความ 1 เมษายน 2562

The research instruments used in this study were a demographic data recording form, health literacy questionnaire, and health promoting behaviors of Karen Ethnic Group questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman's rank correlation. The results showed that the participants had a low level of health literacy and a moderate level of health promoting behaviors. Health literacy had a positive correlation with health promoting behaviors at a moderate level with a statistical significance. These results from this study can determine the benefit of health care professionals in encouraging health literacy and health promoting behaviors among Karen older persons.

Keywords: *Health literacy, Health promoting behaviors, Karen older persons*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกมีแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยมีอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ถึง 1 ใน 8 ของประชากรโลก และมีการคาดการณ์ว่าอัตราส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 6 ของประชากรโลก ในปี ค.ศ. 2030 (United Nation, 2016) ซึ่งทำให้โครงสร้างประชากรของโลกนั้นเข้าสู่ ภาวะ"ประชากรผู้สูงอายุ" (aging populations) ประเทศไทยก็มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเช่นกัน จากปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.1 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2560 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2018) จึงนับได้ว่าประเทศไทยในขณะนี้ได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยจากการศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย พบว่า จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีสัดส่วนจำนวนกลุ่มชาติพันธุ์ต่อประชากรทั้งหมดในจังหวัดมากที่สุดในประเทศไทย (Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Centre, 2016) โดยมีจำนวนกลุ่มชาติพันธุ์ประมาณ 103,801 คน ต่อประชากรในจังหวัดทั้งหมด 264,196 คน คิดเป็นร้อยละ 39.29 ของประชากรทั้งจังหวัด (Mae Hong Son Official, 2016) ในจำนวนดังกล่าวเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ประกอบด้วยชาวกะเหรี่ยงสะกอ หรือกะเหรี่ยงขาว และกะเหรี่ยงโปว์หรือกะเหรี่ยงแดง ถึงร้อยละ 79.3 (Mae Hong Son Official, 2016) จะเห็นได้ผู้สูงอายุทั่วไปในจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงอาจมีผลต่อจำนวนผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่เพิ่มขึ้นด้วย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยในวัยสูงอายุบุคคลจะมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเหล่านี้ค่อยเป็นค่อยไปโดยธรรมชาติและไม่สามารถคืนกลับได้ (Mofrad, Jahantigh, & Arbabisarjou, 2016) ยิ่งถ้าหากมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้วัยสูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามมาได้ (Senol, Ünalan, Soyuer, & Argun, 2014) ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุกะเหรี่ยงในจังหวัดแม่ฮ่องสอนก็มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกับผู้สูงอายุโดยทั่วไป โดยส่วนใหญ่พบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานร้อยละ 63.51 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.41 ของประชากรทั้งหมดที่ป่วยในจังหวัด (Mae Hong Son Official, 2016) ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Barile et al. 2015)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องของบุคคล โดยมีเป้าหมายสำคัญในการมีสุขภาพที่ดี

(Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) โดยปฏิบัติกิจกรรมให้ครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งหากผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้หรือเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความผาสุกและมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (Edelman & Mandle, 2006) ซึ่งจากการศึกษาของ Mofrad, Jahantigh, & Arbabisarjou (2016) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในประเทศอิหร่าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สามารถลดอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้ อีกทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดียังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปทุมธานี พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจึงมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพที่ดี (Lokawit, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงพบว่ายังมีน้อย โดยมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงส่วนใหญ่ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน รับประทานนม นมถั่วเหลือง หรือปลาเล็กปลาน้อยในแต่ละวันน้อย ดื่มน้ำน้อยกว่า 6 แก้วต่อวัน ชอบรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ รวมถึงสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ และปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อรองลงมา คือ โรคผิวหนัง (Jantarakupt, 1999) และจากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงขาว อายุระหว่าง 15-45 ปีในจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงขาว มีการแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีการแสดงออกโดยรวมเหมาะสมปานกลาง แต่เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงขาวอายุ 15-45 ปีขึ้นไป จึงไม่สามารถที่จะบ่งบอกถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง (Mahathamnuchock, 2015)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง มีหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) (Klumrat,2011; Jidsopakul,2014; Chamroonsawasdi, Phoolphoklang, Nanthamongkolchai, & Munsawaengsub, 2010) นอกจากนั้นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องและมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นั่นก็คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) (Suka et al. 2015) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Chesser, Wood, Smothers, & Roger (2016) เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยงานวิจัยจำนวน 8 ฉบับที่ผ่านเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาตั้งแต่จำนวน 33 ถึง 3,000 ราย มี 2 รายงานวิจัยที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของสุขภาพที่ไม่ดี (poor health outcomes) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคเรื้อรังโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (Smith et al., 2015)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่จำเป็นในการควบคุมภาวะสุขภาพ (Sørensen et al., 2012) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถเฉพาะของบุคคล ในการอ่าน เข้าใจ เข้าถึง เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ ทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) จากการศึกษาของ Reisi et al.

(2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจังหวัดอิสฟาฮาน ประเทศอิหร่าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานที่ไม่เพียงพอ (inadequate health literacy) จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายและการรับประทานผักและผลไม้น้อย ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเข้าใจความรู้ ข่าวสารทางสุขภาพสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม รวมถึงสามารถนำความรู้มาสู่การดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับสุขภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าในต่างประเทศมีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก และพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ แต่ในบริบทผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทยนั้น มีความแตกต่างกัน ประกอบกับในผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราหลายประการ เช่น ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และความจำ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจเป็นข้อจำกัด ในการพัฒนาทักษะการอ่าน การคิด การทำความเข้าใจในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การตัดสินใจจัดการกับปัญหาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของตนเองที่เหมาะสม อีกทั้งผู้สูงอายุกะเหรี่ยงนั้นเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพที่มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมือง เนื่องจากการเดินทางและการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่เอื้ออำนวย อีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีประเพณีวัฒนธรรมและภาษาที่เฉพาะตน (Panuthai, Pothiban & Pungchompoo, 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อนำมาใช้เป็นประโยชน์ในดำเนินงานพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเป็นอย่างไร
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) หมายถึง การกระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องที่ผู้สูงอายุกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการมีสุขภาพที่ดี ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งการที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม บุคคลต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ คือระดับพื้นฐาน

ระดับการมีปฏิสัมพันธ์/ติดต่อสื่อสาร และระดับวิจารณญาณ ซึ่งประกอบด้วยความสามารถของผู้สูงอายุในการอ่าน เข้าใจ เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพหรือบุคคลอื่น สามารถคัดสรรข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อสามารถตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและดีขึ้นได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีเชื้อชาติกะเหรี่ยงสะกอ (ขาว)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงสะกอ(ขาว) จำนวน 88 ราย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.8 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง (medium effect size) ที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.3 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit & Beck, 2004) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษากะเหรี่ยงได้

2) มีการรู้คิดที่ปกติ โดยการประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Status (AMT) ของ Institute Of Geriatric Medicine Department of Medical Services, Ministry of Public Health (2015) มีระดับคะแนนมากกว่าเท่ากับ 8 คะแนน จาก 10 คะแนน

3) สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของ Department of Health (2015) มีระดับตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จาก 20 คะแนน

4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยเริ่มต้นจากการแบ่งพื้นที่อำเภอในจังหวัดแม่ฮ่องสอนออกเป็น 2 โซน คือ 1) โซนเหนือ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอปางมะผ้า อำเภอปาย และอำเภอขุนยวม 2) โซนใต้ ได้แก่ อำเภอแม่สะเรียง อำเภอแม่ลาน้อย และอำเภอสบเมย เลือกตัวอย่างมาโซนละ 1 อำเภอที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดของโซนนั้น ได้ตัวแทนของโซนเหนือ คือ อำเภอเมือง และตัวแทนของโซนใต้ คือ อำเภอแม่สะเรียง จากนั้นได้สุ่มเลือกตำบลโซนละ 2 ตำบล สุ่มตำบลละ 1 หมู่บ้าน คือ บ้านห้วยปูลิง จำนวน 10 คน บ้านผาบ่อง จำนวน 32 คน บ้านแม่เหาะ จำนวน 26 คน และบ้านป่าแป๋ จำนวน 20 คน จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อของผู้สูงอายุโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) แบ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรของผู้สูงอายุในพื้นที่นั้นๆ จากนั้นนับหน่วยของตัวอย่างนับไปตามช่วงของการสุ่ม (random interval) ให้ครบตามจำนวน 88 คน ตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงขาวที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังของ Mahathamnuchock (2015) เป็นแบบสอบถามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 9 ข้อ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านโภชนาการ จำนวน 9 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

จำนวน 9 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ โดยกำหนดคะแนน ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนน 2 หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัตินานๆ ครั้ง คะแนน 3 หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติบ่อยครั้ง คะแนน 4 หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากคะแนนรวมของแต่ละบุคคล แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 44.00-87.00 หมายถึง แสดงออกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ คะแนน 87.01-131.00 หมายถึง แสดงออกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง คะแนน 131.01-176.00 หมายถึง แสดงออกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง

3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ดัดแปลงลักษณะข้อคำถามให้เหมาะสมกับการประเมินผู้สูงอายุทั่วไป จากการถามในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานของ Noppakraw & Chintanawat (2017) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานจำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณญาณจำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็น มาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย หมายถึง คะแนน 1 ของการปฏิบัติทางบวก, คะแนน 4 ของการปฏิบัติทางลบ นานๆ ครั้ง หมายถึง คะแนน 2 ของการปฏิบัติทางบวก, คะแนน 3 ของการปฏิบัติทางลบ บางครั้ง หมายถึง คะแนน 3 ของการปฏิบัติทางบวก, คะแนน 2 ของการปฏิบัติทางลบ และบ่อยครั้ง หมายถึง คะแนน 4 ของการปฏิบัติทางบวก, คะแนน 1 ของการปฏิบัติทางลบ การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคะแนนรวมของแต่ละบุคคล แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 14.00-28.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ คะแนน 28.01-42.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง คะแนน 42.01-56.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานของ Noppakraw &Chintanawat (2017) ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน พิจารณาข้อคำถามและให้ความเห็น แก้ไขข้อคำถามตามการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธ์กะเหรี่ยงขาวที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงใดๆ จึงไม่ทำการตรวจสอบซ้ำ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธ์กะเหรี่ยงขาวที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุกะเหรี่ยงในพื้นที่อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย หาความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และ 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อพิจารณาการรับรองสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งภายหลังเมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาบ่อง, ห้วยปูลิง, ป่าแป๋ และแม่เหาะ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบและชี้แจงให้คณะกรรมการหมู่บ้านและกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย สิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย หลังจากที่ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัยโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูลตามที่ต้องการจากผู้วิจัยได้ตลอดที่อยู่ในพื้นที่วิจัยหรือติดต่อผ่านโทรศัพท์มือถือของผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยายหรือสถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการหาความสัมพันธ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่อยู่ในเขตอำเภอที่จะศึกษา หลังจากได้รับการอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาบ่อง, ตำบลห้วยปูลิง, ตำบลป่าแป๋ และตำบลแม่เหาะ เพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการสืบค้นข้อมูลเพื่อค้นหาผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการสอบถามตามแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ โดยอ่านข้อคำถามทีละข้อโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ใช้เวลาในการสอบถามทั้งหมดประมาณ 40-50 นาที

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 54.55 เพศชายร้อยละ 45.45 กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 70.68 ปี (SD = 7.57) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 53.41 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.32 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.91) ไม่ได้รับการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 8.00 เท่านั้นที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.18 มีรายได้อยู่ในระดับเพียงพอ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.36 นับถือศาสนาคริสต์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.27 ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.73 มีโรคประจำตัว โดยพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 17.05

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$=27.13, SD= 8.15) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}$=118.86, SD=16.18)

ตารางที่ 1 คะแนนแบบวัด ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนแบบวัด	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14.00-56.00	19.00-31.00	27.13 (8.15)	ต่ำ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	44.00-176.00	63.00-166.00	118.86 (16.18)	ปานกลาง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 88)

ตัวแปร	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	51 (57.95)	31 (35.23)	6 (6.82)
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3 (3.41)	69 (78.41)	16 (18.18)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.95 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 35.23 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และร้อยละ 6.82 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.41 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงและต่ำ ร้อยละ 18.18 และร้อยละ 3.41 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่ามีการกระจายของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการหาความสัมพันธ์ ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.60$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกะเหรี่ยง มีอายุเฉลี่ย 70.68 ปี ซึ่งอายุที่มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงมีความสามารถทางสติปัญญา (cognitive ability) ลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำความเข้าใจ หรือจดจำสิ่งใหม่ลดลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การได้ยินและการมองเห็นที่บกพร่อง อาจส่งผลให้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพลดลง จนทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) Chesser et al. (2016) ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับ

การศึกษาของ Nitned (2014) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 440 คน พบว่าผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เช่นเดียวกันกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Chesser et al. (2016) เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73 ปี ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความเกี่ยวข้องที่สำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยอายุที่มากขึ้นมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Zamora & Clingerman (2011) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า อายุที่มากขึ้นมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความชุกของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำหรือไม่เพียงพอเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.91) ไม่ได้รับการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 9.09 ที่ได้รับการศึกษา อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านและทำความเข้าใจสื่อด้านสุขภาพต่างๆ ซึ่งเป็นภาษาไทย จึงทำให้ไม่สามารถที่จะทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานที่พบว่า อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sudore et al. (2006) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา รวมทั้งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ประเทศอิหร่าน ของ Ansari et al. (2016) ที่พบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมและมีการดำเนินชีวิตที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีประเพณี วัฒนธรรม และภาษาที่เฉพาะตน (Panuthai, Pothiban & Pungchompoo, 2009) จึงอาจทำให้การเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวมถึงสื่อต่างๆ ด้านสุขภาพมีข้อจำกัด จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}$=118.86, SD=16.18) ซึ่งหมายถึงว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงมีการปฏิบัติกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพยังไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุม เช่น ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงนั้นจะสนใจดูแลตนเองเช่นกัน แต่มักจะไม่แสวงหาความรู้ทางการอ่านหนังสือหรือดูทีวี แต่มักจะใช้การพูดคุยและศึกษาจากภูมิปัญญาท้องถิ่นดั้งเดิมที่สืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษในการดูแลสุขภาพ ประกอบกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลค่อนข้างมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยสูงอายุวัยกลาง (70.68 ปี) ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากมักจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุวัยต้นมีอายุระหว่าง 60-69 ปี เป็นช่วงอายุที่สมรรถภาพทางกายและสรีรวิทยายังไม่เปลี่ยนแปลงมากนักส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงมีโอกาสที่จะรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม รวมถึงการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมต่อเนื่องได้มากกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) หรือผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) (Isalam, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mofrad, Jahantigh, & Arbabisarjou (2016) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศอิหร่าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุวัยต้นจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษามากถึงร้อยละ 90.91 มีเพียงร้อยละ 9.09

เท่านั้นที่ได้รับการศึกษา ซึ่งการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์หรือเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดี เช่น ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งพบว่าในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงนั้น จะมีการไปมาหาสู่กันเป็นประจำ โดยผู้สูงอายุกะเหรี่ยงมักจะเดินทางมาเยี่ยมเยียนกันที่บ้านอยู่เสมอ มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถปรับตัวเข้าได้กับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้เป็นอย่างดี และด้านการจัดการความเครียด พบว่าผู้สูงอายุกะเหรี่ยงนั้นมักจะไม่ค่อยมีความเครียด เนื่องจากมีการไปมาหาสู่กันเป็นประจำ ไม่ได้ถูกกดดันทางสังคม มีลูกหลานคอยดูแลยามเจ็บป่วย ถ้ามีอาการเครียดส่วนใหญ่ก็มักจะเล่าให้เพื่อนและลูกหลานฟังเพื่อช่วยกันหาทางออกอยู่เสมอ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = 0.60$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุกะเหรี่ยงจะต้องมีการเข้าถึง เข้าใจ สามารถเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง จนนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเองและสามารถบอกต่อในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติได้ถูกต้องแก่บุคคลอื่นได้ ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Reisi et al. (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุประเทศอิหร่าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2015) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและภาวะทางสุขภาพในผู้สูงอายุชาวจีนพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การมีกิจกรรมทางกายและการไม่สูบบุหรี่ โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอ จะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเข้าใจความรู้ ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม รวมถึงสามารถนำความรู้มาสู่การดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Geboers et al. (2016) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยทางสังคมในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้ที่น้อยและไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกะเหรี่ยงได้

2. บุคลากรสุขภาพสามารถพัฒนาผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่มีความรู้ความสามารถด้านการอ่านเขียนภาษาไทยให้เป็นแกนนำในการช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงได้

3. บุคลากรสุขภาพสามารถผลิตสื่อด้านสุขภาพ

ที่เป็นภาษากะเหรี่ยงให้กับผู้สูงอายุกะเหรี่ยงที่มีข้อจำกัดด้านภาษาไทย ในการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างน้อยจึงทำให้ข้อมูลอยู่ในรูปแบบโค้งไม่ปกติ จึงควรมีศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างในระดับประเทศ

2. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเพิ่มเติม

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

Ansari, H., Zeinab A., Ansari M. A., Mohammadi M., Peyvand M., Hajmohammadi M., & Bagheri F. (2016). Health literacy in older adults and its related factors: A cross-sectional study in southeast Iran. *Health Scope, 5*(4), 1-6. Retrieved 17 January 2019, from https://doi: 10.17795/jhealthscope-37453.

Barile, J. P., Mitchell, S. A., Thompson, W. W., Zack, M. M., Reeve, B. B., Cella, D. F., & Wilder-Smith, A. (2015). Patterns of chronic conditions and their associations with behaviors and quality of life. *Preventing Chronic Disease, 12,* 1-11.

Chamroonsawasdi, K., Phoolphoklang, S., Nanthamongkolchai, S., & Munsawaengsub, C. (2010). Factors influencing health promoting behaviors among the elderly under the universal coverage program, Buriram Province, Thailand. *Asia Journal of Public Health, 1*(1), 15-19. (In Thai)

Chesser, A. K., Woods, N., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine, 2,* 1-13.

Department of Health. (2015). *Barthel activities of daily living: ADL.* Retrieved from https://www.anamai.moph.go.th/ (In Thai)

Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2006). *Health promotion throughout the lifespan* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (2018). *Situation of The Thai elderly 2015.* Bangkok: TQP. (In Thai)

Geboers, B., Reijneveld, S.A., Jansen, C.J.M., & Winter, A.F. (2016). Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults: Results from the LifeLines Cohort Study. *Journal of Health Communication, 21*(2), 45-53.

Institute Of Geriatric Medicine Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2015). *Manual Screening/Assessment of the Health of the Elderly.* Bangkok: The war veterans organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King Printing Mill. (In Thai)

Isalam, T. (2014). Factors affecting the health promoting behaviors among the Thai elderly in Kohyao District, Phang Nga Province. *Region 11 Medical Journal, 8*(1), 1-15. (In Thai)

Jantarakupt, P. (1999). *Self-care Behavior and quality of life of the elderly Karen Hilltribe people in Chiang Mai.* (Master of Nursing Science Thesis), Graduate School, Mahidol University. Retrieved from http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/thesis/scan/9745887722.pdf (In Thai)

Jidsopakul, N. (2014). Factors relating to health promotion behaviors of the elderly living in Moo 6 community, Tambon Bung San, Amphoe Onkkarak, Nakhon Nayok Province. *Pathumthani University Academic Journal, 6*(3), 171-178. (In Thai)

Klumrat, K. (2011). *Causal factors of health behavior of elderly in Western Region of Thailand* (Doctoral of Nursing Science Thesis), Graduate School, Silpakorn University. Retrieved from http://www.proceedings.su.ac.th/ (In Thai)

Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 12,* 9714-9725.

Lokawit, K. (2556). Health status and health promotion behaviors of elderly in the community of Pathumthani Province. *Pathumthani University Academic Journal, 5*(1), 194-211. (In Thai)

Mae Hong Son Official. (2013). *Important information Mae Hong Son Province 2013.* Mae HongSon: Information and Communication Information Unit. (In Thai)

Mae Hong Son Official. (2016). *Summary of the elderly.* Retrieved from http//:www.moph.go.th (In Thai)

Mahathamnuchock, S. (2015). Health promotion behaviors of Sgaw Karens in risk of non-communicable disease (NCD). *Nursing Journal, 42,* 118-125. (In Thai)

Mofrad, Z. P., Jahantigh, M., & Arbabisarjou, A. (2016). Health promotion behaviors and chronic diseases of aging in the elderly people of Iranshahr*-IR Iran. *Global Journal of Health Science, 8*(3), 139-45.

Nitned, W. (2014). *Health Literacy in Thai Elders in Senior Citizens Club of Bangkok.* (Doctor of Philosophy Thesis), Graduate School, Chulalongkorn University. (In Thai)

Noppakraw, J. and Chintanawat, R. (2017). *Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus* (Master of Nursing Science Thesis), Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078.

Panuthai, S., Pothiban, L.,& Pungchompoo, W. (2009). *Situation of older persons in Mae Hong Son.* Bangkok: National Research Council of Thailand. (In Thai)

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Centre. (2016). *Ethnic groups research in Thailand.* Retrieved from http://www.sac.or.th/databases/ethnicredb/articles.php (In Thai)

Reisi, M., Javadzade, S. H., Heydarabadi, A. B., Mostafavi, F., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2014). The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Journal of Education and Health Promotion, 3,* 119.

Senol, V., Ünalan, D., Soyuer, F., & Argun, M. (2014). The relationship between health promoting behaviors and quality of life in nursing home residents in Kayseri. *Journal of Geriatrics, 2*(3),1-8.

Smith, S. G., O'Conor, R., Curtis, L. M., Waite, K., Deary, I. J., Paasche, O. M., & Wolf, M. S. (2015). Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: Findings from the LitCog cohort study. *Epidemiology Community Health, 20,* 1-7.

Sørensen, S., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12,* 80-92.

Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., & Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(5), 770-776.

Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., & Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling, 98*(5), 660-668.

United Nations. (2016). *Report of the independent expert on the enjoyment of all human rights by older persons.* Distr.: General. 8 July 2016. Retrieved 18 October 2017, from http://www.unworldyouthreport.org/images/docs/un_world_youth_report_youth_civic_engagement.pdf

Zamora, H., & Clingerman, E. M. (2011). Health literacy among older adults: A systematic literature Review. *Journal of Gerontological Nursing, 37,* 41-51. Retrieved 17 January 2018, from http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20110503-02.

การเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม

Enhancement of Meaning in Life and Life-Satisfaction Among the Elderly in an Elderly Care Center Through Existentially Based Group Counseling

ศิริวดี	อรุณจินดาตระกูล *	Siriwadee	Arunjindatrakul *
ณัฐวุฒิ	อรินทร์ **	Natthawut	Arin **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้การวัดรูปแบบการวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อายุระหว่าง 60-69 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน โดยจับคู่กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในระดับเดียวกันทั้งสองแบบวัด แล้วจับฉลากเข้ากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองที่จะเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม จะเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ถึง 1.15 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบวัดความหมายในชีวิต 2) แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต และ 3) โปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ใช้สถิติ Shapiro-Wilk test เพื่อตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล และใช้สถิติ t-test เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม สามารถเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม มีคะแนนเฉลี่ยของความหมายในชีวิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม มีคะแนนเฉลี่ยของความหมายในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

---

* *ผู้เขียนหลัก, พนักงานปฏิบัติงาน หน่วยพัฒนาคุณภาพนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Staff of Student Development Unit, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, siriwadeearun3@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Humanities, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 1 พฤษภาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 16 ตุลาคม 2560 วันตอบรับบทความ 4 มกราคม 2561

ผลการวิจัยสามารถนำไปขยายผลและรองรับกับกลุ่มผู้สูงอายุได้ ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนมากขึ้นตามสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้เชื่อว่าการศึกษานี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขเหมาะสมตามวัย

คำสำคัญ: *ความหมายในชีวิต, ความพึงพอใจในชีวิต, ผู้สูงอายุ, การปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม*

Abstract

This research is a quasi-experiment through pre-test and post-test. The purpose of this research was to enhance the meaning in life and life-satisfaction among the elderly in an elderly care center through existentially based group counseling. The sample of the existentially based group counseling consisted of 20 voluntary elderlies in an elderly care center aged 60-69 years old who had scores of meaning in life and life-satisfaction at the desired level. They were categorized as an experimental group and a controlled group using a sample sampling method, 10 participants in each group. The experimental group participated in the existentially based group counseling for eight sessions, two sessions for a week, and each session lasted for 60 to 75 minutes. The controlled group did not participate in the counseling, but the researcher led the group. The instruments of this research consisted of three parts 1) Meaning of life questionnaire (MLQ), 2) Life-Satisfaction Index A (LSIA), and 3) Existentially based group counseling. After the questionnaires were completed, the Shapiro-Wilk test was used to verify the normal distribution of data. After that, the data was analyzed by t-test.

The results of the research revealed that an existentially based group counseling can enhance the meaning in life and life-satisfaction among the elderly in an elderly care center as follows:

1. The meaning in life among elderly who participated in the existentially based group counseling significantly increased at .05 level of significance.

2. The life-satisfaction among elderly who participated in the existentially based group counseling significantly increased at .05 level of significance.

3. The elderly in the experimental group that participated in the existentially based group had significantly higher score in the meaning in life than the elderly in the controlled group who did not participated in the existentially based group after the experiment at .05 level of significance.

4. The elderly in the experimental group that participated in the existentially based group had significantly higher score in the life-satisfaction than the elderly in the controlled group who did not participated in the existentially based group after the experiment at .05 level of significance.

The results can be extended to accommodate the elderly which are growing in number. The study will be part of enhancing good quality of life and happiness of the elderly.

Keywords: *Meaning in Life, Life-Satisfaction, Elderly, Existentially-Based Group Counseling*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกลดบทบาท เปลี่ยนสถานที่อยู่อาศัย หรือเปลี่ยนสถานะทางสังคม ซึ่งการไปอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานั้นมีโอกาสต่อการเกิดผลกระทบต่อความรู้สึกทางจิตใจ เช่น มักพบว่าทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เกิดภาวะซึมเศร้าและเหงา ดังการศึกษาของ Leemasawatdikul (2004) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสถานสงเคราะห์คนชราเกิดความน้อยเนื้อต่ำใจในโชคชะตาของตนเอง มีความรู้สึกด้อยคุณค่า และเกิดความรู้สึกว้าเหว่ รู้สึกเงียบเหงา และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น นอกจากนั้นจากการสอบถามจากผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากที่นี่มีกิจวัตรประจำวันเป็นไปตามตารางที่กำหนดให้ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกระตือรือร้นที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเท่าที่ควร และดำเนินชีวิตอย่างขาดเป้าหมาย นอกจากปัจจัยทางด้านอารมณ์ จิตใจ สุขภาพและสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ช่วงอายุที่ต่างกันก็มีผลกระทบที่ต่างกันด้วย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009, as cited in Nanasilp, 2015) ได้ให้นิยาม ผู้สูงอายุ (elderly) ว่าหมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และทฤษฎีของนักชราวิทยา (Craig, 1991) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุช่วงอายุประมาณ 60 - 69 ปี (the young old) เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นวิกฤติ เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของวัยและสถานการณ์ในชีวิต เกิดการเปลี่ยนแปลงที่กะทันหันของสถานภาพ อาชีพการงาน หรือบทบาททางสังคม จึงส่งผลต่อความรู้สึกและสุขภาพจิตได้สูง ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงสนใจ ผู้สูงอายุช่วงอายุดังกล่าวที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา คือ ช่วงอายุประมาณ 60 - 69 ปี เพราะเป็นช่วงอายุที่ต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่นับว่าเป็นภาวะวิกฤติในหลายๆ ด้าน เช่น การเกษียณอายุ การไม่ได้พบเจอกับมิตรสนิท รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม หรือบางคนอาจสูญเสียคู่ครอง (Craig, 1991) การเปลี่ยนแปลงที่กะทันหันเหล่านั้นจะทำให้เกิดความคิดความรู้สึกด้านลบ ไม่มีความรู้สึกที่ยอมรับ บุคลิกภาพไม่เข้มแข็ง อารมณ์ไม่มั่นคง โดยเฉพาะความรู้สึกหมดหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อคนอื่นหรือสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ทั้งนี้เพราะจากที่ตนเองเคยมีหน้าที่การงาน ทำงานและเป็นประโยชน์ต่อองค์กร แต่เมื่อวันหนึ่งไม่ได้ทำอะไร อยู่เฉยๆ จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกชีวิตว่างเปล่า

ความรู้สึกทางลบต่อตนเองดังกล่าวของผู้สูงอายุหรืออาจเรียกได้ว่า ความรู้สึกไร้ความหมาย (meaninglessness) ควรต้องได้รับการช่วยเหลือ โอบอุ้ม และเสริมสร้างให้เห็นความหมายในชีวิตของตนเองเพิ่มมากขึ้น การมีชีวิตอยู่โดยไม่รู้ว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่เพื่อสิ่งใดหรือเพื่อใครเป็นความรู้สึกว่าตนไร้ความหมาย เป็นภาวะความว่างเปล่าของชีวิต (existential vacuum) ซึ่งจะแสดงออกในรูปแบบของความเบื่อหน่ายชีวิต ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม รู้สึกด้อยค่า ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองแปลกแยกจากบุคคลอื่น (Frankl, 1963) ซึ่งการมีความหมายในชีวิต (meaning in life) เป็นการรับรู้หรือตอบสนองของบุคคลในแต่ละขณะแต่ละสถานการณ์ที่เขาดำรงอยู่ เป็นลักษณะเฉพาะ (uniqueness) ที่ผันแปรไปในแต่ละบุคคล เป็นสิ่งที่บุคคลใช้ยึดเหนี่ยวในการมีชีวิต ช่วยผลักดันให้บุคคลมีกำลังใจและเป็นแรงจูงใจในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคง ในทางตรงกันข้าม เมื่อบุคคลรู้สึกขาดความหมายในชีวิต จะไม่รู้ว่าตนควรมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ไม่รู้จะต่อสู้เพื่อสิ่งใดและไม่สามารถที่จะค้นหาเป้าหมายหรือทิศทางใดๆ ในชีวิต เกิดความเบื่อหน่าย ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม มีความรู้สึกด้อยค่าและท้อแท้ใจ หมดหวังในอนาคต มองโลกในด้านลบและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Tuicampi, 1993) ดังนั้นความหมายในชีวิตจึงมีความสำคัญและควรได้รับการพัฒนาส่งเสริม เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย

และศักยภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันของผู้สูงอายุกลุ่มนี้นั้น ไม่เพียงส่งผลต่อความหมายในชีวิตดังกล่าวไปข้างต้นนั้น แต่พบว่ายังส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตอีกด้วย ยิ่งถ้าเป็นผู้สูงอายุจะยิ่งทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตน้อยลง เพราะเริ่มมีปัญหาสุขภาพ การเคลื่อนไหว โรคภัยไข้เจ็บ เริ่มรู้สึกว่าตนเองไม่แข็งแรงเหมือนเก่า ซึ่งจะสะท้อนให้ไม่พอใจในชีวิตที่เป็นอยู่มากขึ้น เช่นการศึกษาของ Borg, Hallberg, & Blomqvist (2006); Beyaztas, Kurt, & Bolayir (2012); Choudhary (2013); Pinto, & Neri (2013); ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง สุขภาพเปลี่ยนแปลงไป และการไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมต้องอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นไม่พึงพอใจในชีวิตของตนและหมดกำลังใจที่จะใช้ชีวิตต่อไป ดังนั้นการมีความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่จำเป็นในชีวิตของบุคคล หากขาดไปจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Lopez, & Snyder, 2009) ส่วน Yalom (1980) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิตไว้ว่า ความพึงพอใจในชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและการกลัวความตายของบุคคล สอดคล้องกับ Beutell (2006); Chow (2009) (as cited in Prasoon, & Chaturvedi, 2016) ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตที่ดีจะส่งผลต่อการมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี และอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น โดย Neugarten, Havighurst, & Tobin (1961) กล่าวว่า การเป็นผู้มีความสุขนั้น คือการที่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่หลากหลาย มีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นปัจจุบัน ดังนั้นความพึงพอใจในชีวิตควรได้รับการเสริมสร้าง จะทำให้ผู้สูงอายุได้ขยายมุมมองให้รอบด้าน รับรู้และยอมรับเหตุการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต เพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตในช่วงปลายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีการให้การปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม (the existential group counseling) มีจุดเริ่มต้นมาจากแนวคิดเชิงปรัชญาอัตถิภาวนิยม เน้นเรื่องข้อจำกัดและความทุกข์ในการดำรงชีวิตมนุษย์ พัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ลำบาก เช่น โดดเดี่ยว แปลกแยก หรือไร้ความหมายของ Corey (2004) กล่าวว่า มนุษย์ต้องรับผิดชอบต่อทางเลือกและการกระทำของตนเอง บุคคลต้องเป็นผู้กำหนดชีวิตของตนเองเพื่อหารูปแบบที่ตนพึงพอใจและทำให้ชีวิตของตนเองมีความหมาย ความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตเป็นหนึ่งในแนวคิดของทฤษฎีทางจิตวิทยาการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม (the existential group counseling theory) ที่เน้นความสำคัญเรื่องความมีอยู่และความจริงแท้ในปัจจุบัน (Yalom, 1975) ตั้งอยู่บนความเข้าใจเชิงปรัชญาถึงความหมายของการเป็นมนุษย์ ว่าอะไรคือความหมายของการดำรงอยู่หรือการมีชีวิตในปัจจุบัน (Chongruk, 2013) การค้นหาความหมายของชีวิตนับเป็นแรงจูงใจขั้นแรกในชีวิตของมนุษย์ทุกคนเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต มีเป้าหมายของการปรึกษาที่มุ่งช่วยให้ผู้รับบริการแสวงหาความหมายในชีวิต มีกำลังใจ กล้าสู้ชีวิต มีความอิสระในการตัดสินใจและมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ตลอดจนมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ (Supmee, 1990) ส่วนความพึงพอใจในชีวิตนั้น ตามแนวคิดของ Neugarten, Havighurst, & Tobin (1961) กล่าวว่าเป็นการมีความสุขในการดำเนินชีวิต มีความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต ยอมรับว่าชีวิตมีความหมาย ยืนหยัดต่อสู้กับปัญหา มีความต้องการไปให้เป้าหมายที่ตนตั้งไว้ มีทัศนคติ และมุมมองที่ดีแก่ชีวิตตนเอง

ดังนั้น การปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างได้ทั้งการมีความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของ Reawtaisong (2014) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการปรึกษาแนวอัตถิภาวนิยม มีความหมายในชีวิตสูงขึ้นหลังการเข้าร่วมการปรึกษา และมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความพึงพอใจของผู้สูงอายุโดยอาศัยการปรึกษาแบบกลุ่ม พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นหลังได้รับการปรึกษากลุ่ม (Porebrahimi, Nasiri, & Latifian, 2006, 2007, as cited

in Honarparvaran, Ghaderi, Bayat, & Cheraghi, 2014) แม้ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างทั้งความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยอาศัยการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุขในช่วงบั้นปลาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดของงานวิจัยในครั้งนี้ เลือกใช้การปรึกษากลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีอัตถิภาวนิยม เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นมาโดยเน้นความสำคัญเรื่องความหมายและความพึงพอใจในชีวิต พร้อมทั้งได้ศึกษาเอกสารงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายในชีวิตตามแนวคิดของ Steger, Frazier, Oishi, & Kaler (2006) ผู้พัฒนาแนวคิดและสร้างแบบวัดความหมายในชีวิต ส่วนความพึงพอใจในชีวิตใช้แนวคิดของ Neugarten, Havighurst, & Tobin (1961) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาแนวคิดและเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยทั้ง 2 แนวคิดมีปัจจัยสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในประเด็นสิ่งแวดล้อม อารมณ์ จิตใจ และสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยใช้รูปแบบการวัดก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (pretest - posttest control group design) ผู้วิจัยได้ดำเนินการใช้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมเพื่อเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มทดลอง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1) ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการทดลองจาก โดยพิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อายุระหว่าง 60-69 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน โดยจับคู่กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในระดับเดียวกันทั้งสองแบบวัด ผู้วิจัยถือเอาคะแนนดังกล่าวเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (pretest) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน

2) ระยะการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมเพื่อเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ถึง 1.15 ชั่วโมง ติดต่อกันทุกสัปดาห์ ตามที่ Corey (2013) กล่าวว่า ความเหมาะสมในการปรึกษากลุ่มคือ ครั้งละ 1 ถึง 1.30 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดเวลาของโปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อผู้สูงอายุ

3) ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมตามโปรแกรมจนครบทั้ง 8 ครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดทั้งสองฉบับอีกครั้ง เพื่อทดสอบหลังการทดลอง (posttest)

สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยให้ทำแบบวัดความหมายในชีวิต และแบบทดสอบวัดความพึงพอใจในชีวิตในระยะเริ่มต้นการทดลองและหลังการทดลอง และได้รับการดูแลตามปกติไม่ได้รับการปรึกษากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) แบบวัดความหมายในชีวิตฉบับภาษาไทย แปลและเรียบเรียงโดย Reawtaisong (2014, p. 80-81) จาก The Meaning in Life Questionnaire (MLQ) ของ Steger, Frazier, Oishi, & Kaler (2006) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นการประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 10 ถึง 70 คะแนน โดยผู้วิจัยนำแบบวัด

ไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบคุณภาพด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .83 2) แบบทดสอบวัดความพึงพอใจในชีวิต (LSIA) Kaeokangwan (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนามาจาก Life Satisfaction Index A (LSIA) ของ Neugarten, Havighurst, & Tobin (1961) แบบทดสอบวัดความพึงพอใจในชีวิต มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีตัวเลือกแบบ Likert type 5 scales คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 18 ถึง 90 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้ และตรวจสอบคุณภาพด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .75 และ 3) โปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม เพื่อเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยนำแนวคิดสำคัญและเทคนิคเฉพาะของทฤษฎี ที่มีความสอดคล้องและสามารถนำมาเสริมสร้างการมีความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต พร้อมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและนำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้ (try out) เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในการดำเนินกลุ่ม และได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญว่าผู้วิจัยมีความเข้าใจเพียงพอและมีความสามารถในการนำกลุ่มแนวนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งอธิบายสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้วภายใน 6 เดือน สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการปรึกษากลุ่มตามโปรแกรมฯ หลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว หากสนใจและผลการวิจัยได้ผลที่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล หลังจากการได้รับอนุมัติ นำสำเนาหนังสือฯ เอกสารที่เกี่ยวข้องยื่นต่อหน่วยงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงรายละเอียด ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม หลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ตามขั้นตอนทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย และอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติบรรยายพื้นฐาน วิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro - Wilk test และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

1) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และเพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุ 66 ปี และ 68 ปี จำนวนเท่ากัน คือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา อายุ 69 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และอายุ 61 ปี และ 65 ปี จำนวนเท่ากัน คือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และเพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุ 65 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา อายุ 66 ปี 67 ปี และ 68 ปี จำนวนเท่ากัน คือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และ อายุ 61 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10

2) ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยวิธีการแจกแจงแบบปกติ (test of normality) ด้วยสถิติ Shapiro - Wilk test พบว่า คะแนนความหมายในชีวิต

ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ได้ค่า Sig. เท่ากับ .08 และ .83 ตามลำดับ นอกจากนั้นแล้ว คะแนนความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ได้ค่า Sig. เท่ากับ .63 และ .16 ตามลำดับ ซึ่งค่า Sig. ที่ได้มีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญ .05 หมายความว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนคะแนนความหมายในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ได้ค่า Sig. เท่ากับ .31 คะแนนความหมายในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ได้ค่า Sig. เท่ากับ .44 และคะแนนความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ได้ค่า Sig. เท่ากับ .66 และ .61 ตามลำดับ ซึ่งค่า Sig. ที่ได้มีค่ามากกว่ามากกว่าระดับนัยสำคัญ .05 หมายความว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3) ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความหมายในชีวิตของผู้สูงอายุหลังและก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความหมายในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ($\bar{X}$ = 50.60, S.D. = 6.31) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ($\bar{X}$ = 40.10, S.D. = 7.86) เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหมายในชีวิตก่อนและหลังทดลอง มีค่า t = 5.22 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุหลังและก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ($\bar{X}$ = 61.40, S.D. = 5.12) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ($\bar{X}$ = 56.00, S.D. = 4.64) เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตก่อนและหลังทดลอง มีค่า t = 6.82 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุหลังและก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	n	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ความหมายในชีวิต	10	50.60	6.31	40.10	7.86	5.22*
ความพึงพอใจในชีวิต	10	61.40	5.12	56.00	4.64	6.82*

* $p < .05$

4) ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความหมายในชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความหมายในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ($\bar{X}$ = 50.60, S.D. = 6.31) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ($\bar{X}$ = 39.60, S.D. = 5.76) เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหมายในชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่า t = 6.52 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ($\bar{X}$ = 61.40, S.D. = 5.12) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ($\bar{X}$ =

54.70, S.D. = 4.50) เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่า t = 3.92 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	หลังการทดลอง		t
		$\bar{X}$	S.D.	
ความหมายในชีวิต				6.52*
กลุ่มทดลอง	10	50.60	6.31	
กลุ่มควบคุม	10	39.60	5.76	
ความพึงพอใจในชีวิต				3.92*
กลุ่มทดลอง	10	61.40	5.12	
กลุ่มควบคุม	10	54.70	4.50	

* $p < .05$

การอภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม มีความหมายในชีวิตสูงขึ้น

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม มีความหมายในชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม โดยกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มนั้น หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหมายในชีวิต เท่ากับ 50.60 ส่วนก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหมายในชีวิต เท่ากับ 40.10 แสดงให้เห็นว่าการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมสามารถเสริมสร้างความหมายในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุได้ เนื่องจากการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมนี้มีแนวคิดหลักที่เน้นให้ผู้ที่เข้าร่วมการปรึกษาได้ทำความเข้าใจและตระหนักรู้ในตนเอง (Corey, 2004) ซึ่งในการได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้แบ่งปันเรื่องราว ประสบการณ์ชีวิต และความคิดเห็น ได้สร้างความชัดเจนในชีวิตของตนเอง กล้าตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบผ่านการได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ สมาชิกได้รับรู้ว่าปัจจุบันขณะของตนนั้นดำเนินไปเพื่อใครและอะไร ซึ่งจากข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละคนที่สะท้อนจากการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม กล่าวถึงความรู้สึกดีต่อชีวิตว่า “...ชีวิตในตอนนี้มันดีที่สุดแล้วนะ มันรู้สึกดีโอเคแล้ว โอเคแบบที่ไม่ต้องกังวลเรื่องราวในอดีตแล้วก็ไม่ต้องคิดไปถึงข้างหน้าเลย แค่อยู่กับตอนนี้” “...ก่อนหน้านี้รู้สึกแย่เลยนะ มันเหมือนตัวเองไม่มีค่าจนได้มารวมกลุ่มทำกิจกรรม ได้มาพูดคุย เหมือนเราได้กลับมามีชีวิตชีวาอีกครั้ง” และกล่าวถึงการรับรู้ต่อความหมายในชีวิตว่า “...ไม่กลัวเลยนะ ถ้าวันนี้พรุ่งนี้จะตายมันเป็นธรรมชาติ อีกอย่างถ้าเกิดเป็นอะไรไป เราก็ยังมีคนอยู่รอบข้างอยู่ด้วย” “...ความหมายในชีวิตไม่มีอะไรมากไปกว่าตอนนี้ยังมีชีวิต”

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติและคำพูดข้างต้นนั้น แสดงให้เห็นว่าก่อนการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มผู้สูงอายุยังยึดติดอยู่กับเรื่องราวในอดีต ยึดติดอยู่กับความรู้สึกแย่ของตนเอง แต่การเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มนั้น เอื้อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกลุ่มได้พูดคุยแบ่งปัน รับฟังความรู้สึกของกันและกัน โดยผู้วิจัยจะ

สรุปคำพูดและความคิดที่เกิดขึ้น แล้วสะท้อนคำพูดและความคิดเหล่านั้นกลับไปภายในกลุ่ม ผ่านการใช้กิจกรรมและกระบวนการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ทำให้ผู้สูงอายุได้เปิดมุมมอง เข้าใจ และกลับมาอยู่กับตนเองในปัจจุบันมากขึ้น สอดคล้องกับที่ Corey (1996, p. 173-174 as cited in Pethaisong, 2014) กล่าวว่า กระบวนการปรึกษากลุ่มทำให้ผู้เข้าร่วมได้สำรวจประสบการณ์ส่วนตัว และเข้าได้เรียนรู้ว่าไม่ควรพาตนเองไปยึดติดอยู่กับอดีตหรืออนาคต แต่ให้นำอดีตมาปรับใช้กับตนเองเสียใหม่ ยอมรับข้อจำกัดต่างๆ ไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์ถึงจะรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งเป็นความสำคัญของการดำรงอยู่ในชีวิตจากมุมมองที่เป็นประสบการณ์ นั่นคือความหมายในชีวิต (Crumbaugh & Maholick, 1964) เขาก็จะสามารถดำเนินชีวิตต่อได้อย่างมีศักยภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kashaniyan, & Koolaee (2015) ศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มทางจิตวิทยาต่อความหมายในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความหมายในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นอกจากนั้นมีการศึกษาการเสริมสร้างความหมายในชีวิตกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ คือวัยรุ่น โดยใช้รูปแบบการปรึกษากลุ่มอัตถิภาวนิยม Robatmili, Sohrabi, Shahrak, Talepasand, Nokani, & Hasani (2015); Eslami, Saravani, & Kianpur (2014) พบว่า หลังการเข้าร่วมกลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมความหมายในชีวิตของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและภาวะซึมเศร้าลดลง

2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม มีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม มีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม โดยกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มนั้น หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิต เท่ากับ 61.40 ส่วนก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิต เท่ากับ 56.00 แสดงให้เห็นว่าการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม สามารถเสริมสร้างความพึงพอใจในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุได้ เห็นได้ชัดจากกิจกรรมฉันในอดีตถึงฉันในอนาคต ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มได้ เขียนจดหมายบอกเล่าเรื่องราว ประสบการณ์ต่างๆ ถึงตัวเอง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่สะท้อนจากการที่ได้จากกิจกรรมนั้น แสดงความคิดเห็นถึงความพึงพอใจในชีวิตว่า “...ไม่เคยรู้ตัวมาก่อนเลยว่าตัวเองมีความสุขขนาดนี้ จนได้มาเขียนมาอ่านจดหมายที่เขียนจากตัวเองถึงตัวเอง” “...เราพอใจกับปัจจุบันแล้วนะ เพราะเหมือนเรากำหนดทางเดินเรามาเอง เลือกเอง ตัดสินใจเอง ไม่พึงพอใจในสิ่งที่ตัวเองเลือกก็ไม่รู้จะยังไงแล้ว” “...เคยโทษคนโน้นคนนี้ โทษตัวเองนะว่าทำไมเราต้องมาอยู่ตรงนี้ เป็นเวรกรรมของเราล่ะมั้ง จนตอนนี้มันไม่ใช่แล้ว ตัวเราเองทั้งหมดเลย เป็นความคิดแย่ๆ ที่เราสร้างขึ้นให้ตัวเองทั้งนั้น ทำให้เรารู้สึกได้ใหม่เลย การที่ต้องมาอยู่ตรงนี้มันก็ดีนะ ดีกว่าที่ต้องไปนอนที่ไหนก็ไม่รู้”

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติและคำพูดเหล่านั้น เป็นการสะท้อนให้เห็นมุมมองต่อความพึงพอใจในชีวิตของตนเองขณะปัจจุบัน ของผู้สูงอายุที่มีโอกาสได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ซึ่งมีทั้งความพึงพอใจในชีวิต มีมุมมองต่อสิ่งต่างๆ รอบตัวดี สุขภาพกายและใจที่ดี ถือเป็นองค์ประกอบที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่พึงพอใจ (Neugarten, 1961) และเมื่อผู้สูงอายุได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ยิ่งเป็นการช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุได้ขยายมุมมองให้รอบด้าน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หรือรับรู้และยอมรับความสำเร็จรวมถึงเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่ผ่านมา มีความสุขกับสิ่งที่ตนได้เผชิญในปัจจุบัน สอดคล้องกับ Neugarten, Havighurst, & Tobin (1961, as cited in Dechonanthakul, 2011, p. 13) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต คือ การเป็นผู้มีความสุขในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความกระตือรือร้น ตอบสนองกิจกรรมต่างๆ และมีความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ นอกจากนั้นแล้วมีการศึกษาของ Ryan (2011) ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดอัตถิภาวนิยม

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่ม และการศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมทุกด้าน สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kashaniyan, & Koolaee, 2015; Kumphati, 1994; Srichaiwan, 1999)

3. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม หลังการเข้าร่วมกลุ่มมีความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม ช่วยเสริมสร้างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มให้มีความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วม โดยกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหมายในชีวิต เท่ากับ 50.60 และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิต เท่ากับ 61.40 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มนั้น หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต เท่ากับ 39.60 และ 54.70 ตามลำดับ โดยที่กลุ่มควบคุมนั้นมีคะแนนเฉลี่ยความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม จึงไม่มีโอกาสเรียนรู้ ผ่านประสบการณ์ต่างๆ ที่เน้นให้ผู้ที่เข้าร่วมการปรึกษาได้ทำความเข้าใจตนเอง ตระหนักรู้ในตนเอง และอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งในการได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้แบ่งปันเรื่องราว ประสบการณ์ชีวิต และความคิดเห็น ไม่ได้ทำความเข้าใจในศักยภาพของตนเอง ทำให้ยังมีความคิดและมุมมองเดิมต่อชีวิตของตนเอง ดังการศึกษาของ Honarparvaran, Ghaderi, Bayat, & Cheraghi (2014); Kashaniyan, & Koolaee (2015) ที่ศึกษาผลของกระบวนการแบบกลุ่มตามแนวคิดจิตวิทยาที่ส่งผลต่อความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างจากก่อนการทดลอง กล่าวคือ เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโอกาสในการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองได้ขยายมุมมองเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนความคิด ไม่ว่าจะเป็นทั้งต่อตนเอง สังคม จิตใจ หรือแม้แต่ร่างกาย

จากผลการศึกษาวิจัยเห็นได้ชัดว่า การปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม สามารถเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมมีความหมายในชีวิต และความพึงพอใจสูงขึ้นกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปรับใช้ในการปฏิสัมพันธ์ และการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริการต่าง ๆ โดยผ่านแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวจะช่วยให้เข้าใจผู้สูงอายุในด้านความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น

2. ประยุกต์ใช้ในการฝึกอบรม หรือจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษา ผู้สนใจ และผู้ที่ต้องดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวนิยมนี้ ไปศึกษาและเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตแก่กลุ่มอื่นๆ ด้วย เช่น กลุ่มเยาวชนผู้กระทำผิด กลุ่มผู้ถูกควบคุมความประพฤติจากการกระทำผิดคดีอาญา กลุ่มเด็กกำพร้า เป็นต้น หากกลุ่มเหล่านี้ได้รับการเสริมสร้างความหมายในชีวิตและความ

พึงพอใจในชีวิต จะช่วยลดและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ในขั้นต้น อีกทั้งกลุ่มเหล่านี้ควรได้รับการช่วยเหลือเช่นเดียวกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เขามีกำลังใจและมีศักยภาพในการเติบโตต่อไป

2. ควรมีการติดตามผลในระยะหลังทดลอง โดยการวัดความหมายหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตซ้ำ หลังสิ้นสุดการทดลองเป็นระยะเวลา 1-6 เดือน เพื่อสำรวจว่าความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ทั้งนี้การศึกษาอื่นๆ ที่ติดตามผลในระยะหลังทดลองยังมีน้อย และเป็นการตรวจสอบว่าเมื่อเวลาผ่านไปความหมายในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตยังคงอยู่หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

Beyaztas, F. Y., Kurt, G., & Bolayir, E. (2012). Life satisfaction level of elderly people: A field study in Sivas, Turkey. JPMA-Journal of the Pakistan Medical Association, *62*(3), 221-225.

Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing, 15*(5), 607-618.

Chongruk, D. (2013). *Theories of Counseling and Psychotherapy* (6th ed.). Bangkok: Technology Promotion Association (Thailand-Japan). (In Thai)

Choudhary, A. (2013). A study of life satisfaction and health in old Age. *International Journal of Science and Research, 4*(9), 1276-1281.

Corey, G. (2004). *Theory and practice of group counseling.* Belmont, CA: Brooks/Cole.

Corey, G. (2013). *Theory and practice of group counseling.* Belmont, CA: Brooks/Cole.

Craig, G. J. (1991). *Human development* (6th ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology, 20,* 200-207.

Dechonanthakul, S. (2011). *The related factors of life satisfaction of the elderly.* (Master of Education Thesis), Srinakharinwirot University. (In Thai)

Eslami, F., Saravani, M. R., & Kianpur, M. (2014). Effectiveness of cognitive-existential therapy on reducing depression and improvement in quality of life in opiate addicts undergoing methadone-maintenance treatment. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences, 4*(S4), 652-658.

Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy.* New York: Washington Square Press.

Honarparvaran, N., Ghaderi, Z., Bayat, D. E., & Cheraghi, M. (2014). The effect of the existential approach through group practices on the development of spirituality among the disabled SCI. *Journal of Novel Applied Sciences, 3*(3), 278-282.

Kaeokangwan, S. (1987). *A manual for the LSIA test (life satisfaction) and life experience test (psycho-social behavior) for the elderly.* Chiang Mai: Chiang Mai University. (In Thai)

Kashaniyan, F., & Koolaee, A. K. (2015). Effectiveness of positive psychology group interventions on meaning of life and life satisfaction among older adults. *Elderly Health Journal, 1*(2), 68-74.

Koomphati, V. (1994). *Effects of group counseling on life satisfaction of the elderly person.* (Master of Nursing Science), Chulalongkorn University. (In Thai)

Leemasawatdikul, R. (2004). *A comparative study of self-esteem loneliness and mental health of the elderly in Chanthaburi nursing home.* (Master of Education Thesis), Srinakharinwirot University. (In Thai)

Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2009). *The Oxford handbook of positive psychology.* Oxford University Press.

Nanasilp, P. (2015). Gerontological nursing's core knowledge: Who are the older persons, determinant by age or other factors?, *Nursing Journal, 42,* 156-162. (In Thai)

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology, 16,* 134-143.

Pethaisong, T. (2014). *The effect of existential group counseling on meaning in life of adolescences.* (Master of Education Thesis), Srinakharinwirot University. (In Thai)

Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2013). Factors associated with low life life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Cadernos de saude publica, 29*(12), 2447-2458.

Prasoon, R., & Chaturvedi, K. R. (2016). Life satisfaction: A literature review. *The Researcher International Journal of Management Humanities and Social Sciences, 1*(2), 25-30.

Reawtaisong, P. (2014). *The effects of logotherapy on meaning in life of the elderly with cancer.* (Master of Science), Burapha University. (In Thai)

Robatmili, S., Sohrabi, F., Shahrak, M. A., Talepasand, S., Nokani, M., & Hasani, M. (2015). The effect of group logotherapy on meaning in life and depression levels of Iranian students. *International Journal for the Advancement of Counselling, 37,* 54-62.

Ryan, B. R. (2011). *Effects of two group approaches on life satisfaction and mood of older females in nursing homes.* Doctor of Philosophy Dissertations, Wayne State University.

Srichaiwan, C. (1999). *A comparision of the effects of group counseling and meditation practice on life satisfaction of elderly persons.* (Master of Education Thesis), Burapha University. (InThai)

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1), 80-93.

Supmee, W. (1990). *Theories and counseling service processes.* Bangkok: Ministry of University Affairs. (In Thai)

Tuicampi, A. (1993). *Effect of logotherapy group on increasing purpose in life of women with high risk behavior for HIV positive in Kredtrakarn home.* (Master of Arts Thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)

Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy* (2nd ed.). New York: Basic Books.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy.* New York: Basic Books.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล

Factors Related to Promoting Post Operative Physical Activities in Children with Congenital Heart Disease Among Caregivers

บุษกร	ยอดทราย *	Bootsakorn	Yotsai *
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **
อัจฉราพร	ศรีภูษณาพรรณ **	Acharaporn	Sripusanapan **

บทคัดย่อ

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโต พัฒนาการ และคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายหลังผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของ Cottrell et al. (2015) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กอายุ 3-6 ปี มาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังผ่าตัด VSD และ ASD closure ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 5 แห่ง และ1 ศูนย์โรคหัวใจ จำนวน 85 ราย ตั้งแต่กรกฎาคม 2559 ถึงเมษายน 2560 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกายและการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .96, 1.00 และ .88 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .83, .78 และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 64.7 มีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 50.71, SD =12.81) การอบรมเลี้ยงดูแบบดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r =.52, p<.01) และการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไปมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r =.26, p<.05) แต่การสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายหลังผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายหลังผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พยาบาลควรคำนึงถึงบริบทการอบรมเลี้ยงดูแบบดูแลของผู้ดูแลเป็นสำคัญ

คำสำคัญ: *การส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัด, เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ผู้ดูแล*

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, the-little-bee@hotmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 9 มกราคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 17 กรกฎาคม 2560 วันตอบรับบทความ 7 กันยายน 2560

Abstract

Promoting post-operative physical activities in children with congenital heart disease by caregivers enhances their growth, motor development and quality of life. The purpose aimed to study promoting post-operative physical activities in children with congenital heart disease and related factors among caregivers. The concept of promoting physical activity (Cottrell et al., 2015) was used as a conceptual framework. Samples were 85 caregivers of children 3-6 years old who follow up for the first time after VSD and ASD closure at 5 tertiary hospitals and 1 center from July 2016 to April 2017. Data were collected by questionnaires; Promoting Post-operative Physical Activities in CHD Children among Caregivers; the Information Support; and Parenting Style, with CVI .96, 1.00 and .88, and a reliability .83, .78 and .76, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson product-moment statistical correlation.

The results showed that promoting post-operative physical activities in children with congenital heart disease at a high level ($\bar{X}$ = 50.71, SD = 12.81). The caring parenting style had statistically significant relationship at a moderate level (r =.52, p<.01) and the overinvolved or overprotection parenting style had statistically significant relationship at a low level (r =.26, p <.05)but Information support showed no relationship to the promoting post-operative physical activities in children with congenital heart disease among caregivers. The results of this study serve as the preliminary data regarding to the promoting post-operative physical activities. Nurse should concern about the caring parenting style to promote physical activities among caregivers.

Keywords: *Promoting Post-Operative Physical Activities, Children with Congenital Heart Disease, Related factors, Caregiver*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease [CHD]) เป็นความพิการที่พบได้บ่อยที่สุดในบรรดาทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด ตรวจพบความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจตั้งแต่แรกคลอด ทำให้มีระบบการไหลเวียนเลือดเข้าและออกจากหัวใจไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ จากรายงานอุบัติการณ์โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในประเทศสหรัฐอเมริกา พบทารกเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน 40,000 ราย ประมาณ 1 ใน 4 ราย มีอาการอยู่ในระยะวิกฤตและจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด หรือทำหัตถการอื่นๆ ในขวบปีแรกของชีวิต (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ 8:1,000 กล่าวคือ ทารกที่คลอดมีชีวิต 1,000 ราย ตรวจพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 8 ราย (Synphaet Childrens Hospital, 2020) ชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ ชนิดผนังกั้นห้องหัวใจส่วนล่างรั่ว (Ventricular Septal Defect [VSD]) รองลงมา คือ ชนิดเส้นเลือดแดงเกิน (Patent Ductus Arteriosus: PDA) และชนิดผนังกั้นห้องหัวใจส่วนบนรั่ว (Atrial Septal Defect [ASD]) ตามลำดับ ซึ่งโรคหัวใจทั้ง 3 ชนิดจัดอยู่ในประเภทไม่มีอาการเขียว (acyanotic congenital heart disease) ที่มีเลือดไปปอดมาก (Qu et al. 2016) แนวทางการรักษาประกอบด้วยการใช้ยาเพื่อควบคุมการทำงานของหัวใจ ป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด

ภาวะหัวใจวาย และภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง การสวนหัวใจเพื่อรักษาความผิดปกติที่ไม่ซับซ้อน เช่น การใช้ขดลวดอุดเส้นเลือดที่เกิน การปิดรูรั่วของผนังกั้นหัวใจ และการผ่าตัดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (palliative surgery) เพื่อให้ระบบไหลเวียนเลือดทำหน้าที่ได้ดีขึ้นแต่ความผิดปกติทางโครงสร้างยังไม่ได้รับการแก้ไข และการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด (corrective surgery) เพื่อให้ระบบไหลเวียนเลือดเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดและแก้ไขโครงสร้างที่ผิดปกติทั้งหมด (American Heart Association [AHA], 2020) ทั้งนี้การผ่าตัดยังคงเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในเด็กโรคหัวใจ VSD และ ASD ที่มีรูรั่วขนาดใหญ่ มักพบในช่วงอายุเฉลี่ย 3 ถึง 6 ปี (Yasui, Kado & Masuda, 2009) หรือวัยก่อนเรียน ซึ่งเป็นวัยที่กำลังเรียนรู้และพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่อง โดยภายหลังผ่าตัดหัวใจเด็กจะมีระบบไหลเวียนเลือดกลับมาเป็นปกติ และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการออกกำลังกายในระดับต่างๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไปได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมากลับพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อไม่สมวัย (AHA, 2020) และมีความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) มีการหนาตัวขึ้นของผนังหลอดเลือดชั้นในจากการสะสมของไขมันจนกระทั่งเกิดการตีบตัน ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมาเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Gielen, Laughlin, O'Conner & Duncker, 2015) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกศึกษาเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ VSD และ ASD และได้รับการผ่าตัด VSD และ ASD closure เพราะเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และมีการดูแลภายหลังการผ่าตัดหัวใจที่คล้ายคลึงกันใน 5 เรื่องหลัก ได้แก่ 1) การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในช่วง 2 สัปดาห์แรก 2) การรับประทานยา 3) การดูแลแผลผ่าตัดบริเวณกระดูกหน้าอก 4) การรับประทานอาหาร และ 5) การชั่งน้ำหนักตัวทุกวันในเวลาเดียวกัน สำหรับการทำกิจกรรมเมื่อกลับไปอยู่บ้านในระยะแรกๆ ควรทำกิจกรรมต่างๆ เท่ากับขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ซึ่งจัดเป็นประเภทหนึ่งของกิจกรรมทางกาย จากนั้นจึงเพิ่มระดับความเข้มข้นของกิจกรรมตามความเหมาะสมและความสามารถของเด็ก ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมทางกายภายหลังผ่าตัดหัวใจ

กิจกรรมทางกาย (physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายในอิริยาบถต่างๆ อย่างมีโครงสร้างและแบบแผนที่แน่นอน ทำให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญและใช้พลังงานของกล้ามเนื้อ เช่น การเดิน การนั่ง การวิ่ง รวมถึงการออกกำลังกาย (exercise) (AHA, 2020) กิจกรรมทางกายสามารถแบ่งตามความเข้มข้น (intensity) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเบา (light intensity<3 METs) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การยืน การนั่ง การเดินระยะทางสั้นๆ และการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับปานกลาง (moderate intensity 3-6 METs) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อซึม แต่ในระหว่างที่ทำกิจกรรมยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ เช่น การเดินเร็วๆ และระดับหนัก (vigorous intensity>6 METs) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการทำซ้ำอย่างต่อเนื่องทำให้รู้สึกเหนื่อยจนไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ เช่น การแข่งกีฬา และการออกกำลังกาย ดังนั้นในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด เด็กควรช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ โดยมีผู้ดูแลให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ควรหยุดทำกิจกรรมทันทีหากสังเกตพบอาการหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจเร็วมากกว่า 40 ครั้ง/นาที หอบเหนื่อย ไอ หายใจมีเสียงวี้ด หรือมีเหงื่อออกมากผิดปกติ และบ่นเจ็บหน้าอก (Laonanitcharoen, 2018) สำหรับการออกกำลังกายและการแข่งขันกีฬาจะทำได้อย่างปลอดภัยภายหลังผ่าตัดหัวใจประมาณ 3-6 เดือน เพื่อป้องกันการปริแยกของแผลผ่าตัดและรอให้กระดูกหน้าอกเชื่อมประสานกันอย่างสมบูรณ์ (The Heart Association of Thailand, 2010) แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง

ได้อย่างเต็มที่ ยังคงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลโดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกที่เด็กควรทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่นเดียวกับขณะที่อยู่โรงพยาบาล ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร การล้างหน้าและแปรงฟัน การอาบน้ำและเช็ดตัว การแต่งกายช่วงบนลำตัว การแต่งกายช่วงล่างลำตัว การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายอุจจาระ และการเคลื่อนไหวร่างกาย (Jittrong, 2012) การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอจะช่วยเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพและอัตราการรอดชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Gielen, Laughlin, O'Conner & Duncker, 2015) ดังนั้นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดของผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ จึงหมายถึงการช่วยเหลือสนับสนุนให้เด็กทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในช่วง 2-6 สัปดาห์หลังผ่าตัดหัวใจ

เด็กอายุ 3-6 ปี หรือวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นแต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ยังคงต้องพึ่งพาผู้ดูแลทำซ้ำให้ (Siribhunpipattana, 2012) เมื่อเด็กเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จึงส่งผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งทางด้านร่างกาย การถดถอยของพัฒนาการ ด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า หงุดหงิด ด้านสังคม เกิดพฤติกรรมแยกตัว และก้าวร้าว เด็กทุกคนต้องการการเคลื่อนไหว เล่น และทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพ ร่างกาย พัฒนาการด้านจิตสังคม อารมณ์ และ สติปัญญา เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก็มีความต้องการเช่นเดียวกัน โดยสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (AHA, 2020) กล่าวว่าเด็กอายุ 3-5 ปี ควรมีสุขภาพแข็งแรงและมีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดทั้งวัน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายลดลง (Takken et al. 2012) ทั้งนี้เกิดจากความวิตกกังวลของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบของการมีกิจกรรมทางกายต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและการรอดชีวิต (Trojnarska et al. 2009) ซึ่งในความเป็นจริงแล้วระยะ 1-2 สัปดาห์หลังผ่าตัดเด็กสามารถทำกิจกรรมที่มีความเข้มข้นระดับเบาและปานกลางได้อย่างปลอดภัย สำหรับการทำกิจกรรมทางกายที่มีความเข้มข้นระดับกลางถึงหนัก (moderate to vigorous intensity) อาจต้องรอประมาณ 3-6 เดือนหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการปริแยกของแผลผ่าตัดและรอให้กระดูกหน้าอกเชื่อมประสานกันอย่างสมบูรณ์ (Haseba et al. 2018) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปบ้านเพื่อให้เด็กกลุ่มนี้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเหมาะสมกับช่วงวัย

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังผ่าตัดของผู้ดูแล หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลในการเกื้อหนุนและช่วยเหลือสนับสนุนให้เด็กมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองภายหลังผ่าตัด จากแนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กของ Cottrell et al. (2015) มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) การบอกประโยชน์ หมายถึง การบอกถึงผลดีที่เด็กจะได้รับจากการมีกิจกรรมทางกาย 2) การกระตุ้นเด็กให้มีกิจกรรมทางกาย หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อม การชมเชย และการฝึกฝนให้เด็กมีกิจกรรมทางกาย 3) การให้โอกาสเด็กทำกิจกรรมทางกายอย่างอิสระ หมายถึง ให้อิสระแก่เด็กในการเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการ 4) จัดหาอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายแก่เด็ก และ 5) ใช้กิจกรรมทางกายเป็นการลงโทษเมื่อเด็กทำผิด เนื่องจากในช่วงเวลาก่อนการตรวจอาการตามนัดครั้งแรกภายหลังการผ่าตัด เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดยังไม่สามารถออกกำลังกายได้ และการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานไม่จำเป็นต้องจัดหาอุปกรณ์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกศึกษาการส่งเสริมเพียง 3 ด้าน ได้แก่ การบอกประโยชน์ การกระตุ้นเด็กให้มีกิจกรรมทางกาย และ

การให้โอกาสเด็กทำกิจกรรมทางกายอย่างอิสระ จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่า ผู้ดูแลจำกัดและควบคุมไม่ให้เด็กทำกิจกรรมที่ตนคิดว่าเป็นอันตราย ส่งผลให้เด็กมีกิจกรรมทางกายลดลง ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ Ljubica, Ilija, Frosina, Saiti, Paunovska, & Mitrev (2013) พบว่า มารดาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุ 5-14 ปี ภายหลังการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 4 ราย มีพฤติกรรมควบคุมและจำกัดกิจกรรมทางกายของเด็ก และการศึกษาเชิงคุณภาพของ Bjarnason-Wehrens, Schmitz, & Dordel (2008) พบว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งชนิดเขียวและไม่เขียวที่มีอายุ 5-15 ปี มีกิจกรรมทางกายลดลงภายหลังการผ่าตัด ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวไม่สมวัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ด้านผู้ดูแล และด้านตัวเด็ก โดยปัจจัยด้านผู้ดูแลประกอบด้วย 1) ด้านการสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกาย 2) ด้านการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแล (Bjarnason-Wehrens et al., 2008) และด้านส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส (Chandate, Santati, & Wittayasooporn, 2015) ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็ก (Voss, Duncombe, Dean, Souza, & Harris, 2017) สำหรับปัจจัยด้านเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประกอบด้วย อายุ เพศการวินิจฉัยโรค การผ่าตัดที่ได้รับ ระยะเวลาที่เด็กรอเพื่อการผ่าตัด และระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Haseba et al., 2018) เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดยังต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดของผู้ดูแลมีหลายประการ เป็นทั้งปัจจัยที่มีการปรับเปลี่ยนได้และปรับเปลี่ยนไม่ได้ แต่การสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกายและการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และอาจมีความเกี่ยวข้องหรือส่งผลโดยตรงต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังผ่าตัด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกศึกษาเพียงสองปัจจัยนี้

การสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกาย (information support) เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลให้เด็กมีกิจกรรมทางกายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปบ้านที่พยาบาลให้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้สามารถส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมทางกายได้อย่างเหมาะสม แต่เนื่องจากการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของเด็ก จึงทำให้มารดามีความวิตกกังวลและจำกัดการทำกิจกรรมทางกายของเด็ก ดังเห็นได้จากการศึกษาของ Longmuir & McCrindle (2009) พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวอายุ 6-11ปี ภายหลังผ่าตัด Fontan operation จำนวน 64 คน ร้อยละ 70 จำกัดการมีกิจกรรมทางกายของเด็กทั้งที่แพทย์อนุญาตให้เด็กมีกิจกรรมทางกายได้ยกเว้นกิจกรรมประเภทแข่งขันกีฬาเนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของชีวิตเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Srichantaranit & Thampanichawat (2018) พบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจครั้งแรกที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน เกือบทุกคนรู้สึกกังวลต่อชีวิตและความปลอดภัยของเด็กและต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงซับซ้อนของโรคหัวใจ อาการเปลี่ยนแปลงของเด็ก และข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ปลอดภัยสำหรับภายหลังผ่าตัดอาจมีผลต่อการปฏิบัติดูแลในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้ดูแล (Srichantaranit & Thampanichawat, 2018)

การอบรมเลี้ยงดู (parenting style) เป็นกระบวนการที่ผู้ดูแลถ่ายทอดวิถีชีวิตทางสังคม ให้ความช่วยเหลือ แนะนำสั่งสอน ปกป้องคุ้มครอง ให้ความรักความอบอุ่น และตอบสนองความต้องการ

ของเด็กเพื่อให้ได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และพัฒนาการ การอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงส่งผลต่อการเจริญเติบโต และการมีพัฒนาการที่เหมาะสมกับช่วงวัย จากแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กของ Parker, Tupling, & Brown (1997) ได้แบ่งการอบรมเลี้ยงดูออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูแบบดูแล (caring) และการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป (overinvolved or overprotective style) โดยการอบรมเลี้ยงดูแบบดูแล ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กด้วยความรักและเอาใจใส่ สนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการตามวัย ให้อิสระแก่เด็กตามที่ผู้ดูแลเห็นสมควรโดยกำหนดขอบเขตพฤติกรรมของเด็กบนหลักการของเหตุและผล และการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กด้วยการบังคับ กำหนดบทลงโทษหากเด็กฝ่าฝืน แสดงออกถึงความรักและความห่วงใยมากจนเกินไปด้วยการให้ความช่วยเหลือเกินความจำเป็น สนองตอบต่อความต้องการของเด็กในทุกๆ เรื่อง สอดคล้องกับจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Naumoska, Dojcinovski, Ristovska, Saiti, Paunovska, & Mitrev (2012) พบว่า มารดาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการเลี้ยงดูบุตรใน 2 รูปแบบ คือ แบบควบคุม และแบบดูแลเอาใจใส่ โดยมารดาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัด ที่มีอายุ 5-14 ปี จำนวน 4 ราย มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบควบคุมไม่แตกต่างจากมารดาของเด็กปกติ แต่สำหรับพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบดูแลเอาใจใส่ เช่น คอยช่วยเหลือและดูแลบุตรอย่างใกล้ชิดแต่ยังคงให้อิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของเด็กมากกว่ามารดาของเด็กปกติ ทั้งนี้อาจเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และวิตกกังวลถึงอันตรายแก่ชีวิตของบุตรเมื่อออกแรงทำกิจกรรมต่างๆ (Srichantaranit & Thampanichawat, 2018) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าความแตกต่างระหว่างการอบรมเลี้ยงดูทั้ง 2 แบบ คือ แบบดูแล ผู้ดูแลยังให้อิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ แต่ในทางตรงกันข้ามการเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมควบคุม จำกัดการเรียนรู้ และกีดกันจากสิ่งที่ตนคิดว่าเป็นอันตรายต่อเด็ก ส่งผลทำให้เด็กมีกิจกรรมทางกายลดลงและมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อไม่สมวัย ดังเห็นได้จากการศึกษาของ Kao, Chang, Chiu, Wu, & Tsai (2009) พบว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและไม่เขียวที่มีอายุ 9 ถึง 12 ปี ภายหลังการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด จำนวน 34 ราย ร้อยละ 54.9 ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบปกป้องคุ้มครองมากเกินไปทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ไม่สมวัย เนื่องจากผู้ดูแลวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายต่อชีวิตของเด็กหากมีกิจกรรมทางกายที่ต้องออกแรงมากๆ จึงจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีกิจกรรมทางกายลดลง จะเห็นได้ว่าการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลอาจมีความความสัมพันธ์ต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัด

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ และศึกษาในกลุ่มเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวภายหลังการผ่าตัดช่วงอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ซึ่งผลจากการศึกษาอาจไม่สามารถอธิบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่มีอายุ 3 ถึง 6 ปีของผู้ดูแลภายหลังการผ่าตัดหัวใจชนิด VSD closure และ ASD closure เนื่องจากมีการดูแลภายหลังผ่าตัดที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดของผู้ดูแลมากหรือน้อย มีปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดของผู้ดูแล ได้แก่ การสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกาย และการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแล ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้อาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง และ

เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กของ Cottrell et al. (2015) มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การบอกประโยชน์ หมายถึง การบอกถึงผลดีที่เด็กจะได้รับจากการมีกิจกรรมทางกาย 2) การกระตุ้นเด็กให้มีกิจกรรมทางกาย หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อม การชมเชย และการฝึกฝนให้เด็กมีกิจกรรมทางกาย 3) การให้โอกาสเด็กทำกิจกรรมทางกายอย่างอิสระ หมายถึง ให้อิสระแก่เด็กในการเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการ ซึ่งการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดของผู้ดูแลมากหรือน้อย มีปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดของผู้ดูแล ได้แก่ การสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกาย และการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลซึ่งกรอบแนวคิดที่ใช้ได้จากการศึกษาผลการวิจัยของ Naumoska et al. (2012) ได้แบ่งการอบรมเลี้ยงดูเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ แบบดูแลและแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 3 ถึง 6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD และ ASD มารับการตรวจอาการตามนัดเป็นครั้งแรกภายหลังการผ่าตัด VSD closure และ ASD closure ที่คลินิกเด็กเฉพาะทางโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่.30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางที่สามารถใช้ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit & Beck, 2012) โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของจำนวนเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด VSD และ ASD closure ทั้งหมด 6 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 27 ราย โรงพยาบาลลำปาง 14 รายโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 10 ราย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร 10 ราย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 10 ราย และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือฯ 14 ราย ในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลเด็กตั้งแต่ระยะเตรียมตัวก่อนผ่าตัดตลอดจนมารับการตรวจอาการตามนัดเป็นครั้งแรกภายหลังการผ่าตัด VSD closure และ ASD closure
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบสอบถามการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Cottrell et al. (2015) และจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบอกประโยชน์ 6 ข้อ ด้านการกระตุ้นเด็กให้มีกิจกรรมทางกาย 11 ข้อ และด้านการให้โอกาสเด็กทำกิจกรรมทางกายอย่างอิสระ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

3. แบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกายของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัด ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของภูทัย จิตตรง (2555) และจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

4. แบบสอบถามการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดรวม 24 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Naumoska et al. (2012) และจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การอบรมเลี้ยงดูแบบดูแล 13 ข้อ และการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป 11 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ผู้วิจัยทดสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนข้อมูล และการอบรมเลี้ยงดู โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาและทำการปรับสำนวนภาษาให้กระชับและเข้าใจง่าย รวมถึงตัดข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา เท่ากับ 0.96, 1.00 และ 0.88 ตามลำดับ และนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.78 และ 0.76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ EXP-036-2559 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ศธ 6593(7)/4347 โรงพยาบาลลำปาง เลขที่ No. 69/2559 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ชร. 0032.102/วิจัย/530 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่รับ 0232 วันที่ 15 กันยายน 2559 โรงพยาบาลศรีนครินทร์และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือฯ เลขที่ ศธ 0514.7.1.5.2/253/59 ก่อนทำการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึง ผู้อำนวยการของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงและแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยแก่หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล และหัวหน้าคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ของแต่ละโรงพยาบาล พร้อมทั้งเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง 1 ท่าน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 1 ท่าน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร 1 ท่าน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 1ท่าน และศูนย์หัวใจสิริกิติ์จำนวน 1 ท่าน เนื่องจากต้องรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันจึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลกระทำโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์รายละเอียดการรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงทำการแจกแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ข้อมูลการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนข้อมูล การอบรมเลี้ยงดู ได้แก่ แบบดูแล และแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสมินอฟ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05 พบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบปกติ

จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย มีอายุระหว่าง 18 ถึง 35 ปี ร้อยละ 50.6 สถานภาพคู่ ร้อยละ 90.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือ ปวช. ร้อยละ 27.1 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,000-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.1 มีอาชีพค้าขายหรืออาชีพอิสระ ร้อยละ 28.2และเป็นมารดาร้อยละ 68.2 เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอายุ 36 ถึง 47 เดือน ร้อยละ 48.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.6 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD ร้อยละ 78.8 ได้รับการผ่าตัดชนิด VSD closure ร้อยละ 78.8 ระยะเวลาที่เด็กรอเพื่อการผ่าตัดนาน 1 ถึง 6 เดือน ร้อยละ 45.9 และ 7 ถึง 12 เดือน ร้อยละ 45.9 ระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 12 เดือน ร้อยละ 49.4

กลุ่มตัวอย่างมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการบอกประโยชน์ ด้านการกระตุ้นเด็กให้มีกิจกรรมทางกาย และด้านการให้โอกาสเด็กทำกิจกรรมทางกายอย่างอิสระอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าการอบรมเลี้ยงดูแบบดูแลตรงกับความรู้สึกของตนเองอยู่ในระดับมาก และการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไปตรงกับความรู้สึกของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล การสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกาย และการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัด (n=85)

ตัวแปรที่ศึกษา	การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้ดูแล				ระดับคะแนนที่ได้
	ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมาก จำนวน (ร้อยละ)	
การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย					
โดยรวม	-	1	29	55	มาก
($\bar{X}$ =50.71, SD =12.81)		(1.2)	(34.1)	(64.7)	
รายด้าน					
การบอกประโยชน์	1	6	23	55	มาก
($\bar{X}$ =13.88, SD = 4.04)	(1.2)	(7.0)	(27.1)	(64.7)	
การกระตุ้นเด็กให้มีกิจกรรมทางกาย	-	5	25	55	มาก
($\bar{X}$ =24.38, SD =6.40)		(5.9)	(29.4)	(64.7)	
การให้โอกาสเด็กทำกิจกรรมทางกาย	-	12	24	49	มาก
($\bar{X}$ =12.45, SD =4.62)		(14.1)	(28.3)	(57.6)	
การสนับสนุนข้อมูล	-	4	32	49	มาก
($\bar{X}$ =27.62, SD =7.62)		(4.7)	(37.7)	(57.6)	

ตัวแปรที่ศึกษา	การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้ดูแล				ระดับคะแนนที่ได้
	ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมาก จำนวน (ร้อยละ)	
การอบรมเลี้ยงดู					
แบบดูแล (caring)	-	-	5	80	มาก
($\bar{X}$ =34.31, SD =4.19)			(5.9)	(94.1)	
แบบควบคุม (overprotective)	-	10	48	27	ปานกลาง
($\bar{X}$ =19.58, SD =6.11)		(11.8)	(56.5)	(31.7)	

การอบรมเลี้ยงดูแบบดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r =.52, p<.01) และการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไปมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r =.26, p<.05) สำหรับการสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกาย การอบรมเลี้ยงดูแบบดูแล การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล (n=85)

ความสัมพันธ์	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. การสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกาย กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล	.20	.07^{ns}
2. การอบรมเลี้ยงดูแบบดูแล กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล	.52	.00
3. การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล	.26	.02

หมายเหตุ ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

การอภิปรายผล

การศึกษาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการวิจัยอภิปรายตามคำถามการวิจัยดังนี้

1. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลเป็นอย่างไร

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการ

ผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.7 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.71 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ร้อยละ 50.6 เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ถึง 35 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ มีการปรับตัว รับผิดชอบต่อหน้าที่ มีพัฒนาการทางความคิดอยู่ในขั้นสุดของพัฒนาการ มีความสามารถทางสติปัญญาที่สมบูรณ์แบบ จดจำและสั่งสมประสบการณ์นำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต ทำให้สามารถปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี ร้อยละ 49.4 ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการปรับตัวและเรียนรู้การให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจากประสบการณ์ในอดีต (Phromreungrit, Jintrawet, & Chotibang, 2015) จึงสามารถให้การดูแลในด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.5 มีสถานภาพสมรส อาจเป็นไปได้ว่าคู่สมรสช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลเด็กภายหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรวัยขวบปีแรกในเขตกรุงเทพมหานครของ Chandate, Santati, & Wittayasooporn (2015) พบว่า ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรวัยขวบปีแรกในเขตกรุงเทพมหานครในระดับสูง (r =.96, p<.01)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลเป็นมารดา ร้อยละ 68.2 อธิบายได้ว่า มารดาเป็นผู้ใกล้ชิดคอยสอนและฝึกฝนให้เด็กดูแลตนเองเป็นประจำทุกวัน อีกทั้งผู้ดูแลจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 27.1 อาจเป็นไปได้ว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีผลต่อความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ก็จะสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Keawvichit, & Thajeen, (2007) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบทบาทในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุ 6 เดือน ถึง 15 ปี ของบิดามารดาจำนวน 82 ราย พบว่า ความรู้ด้านเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทด้านการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (r =0.31, p<.01) อาชีพและรายได้ของผู้ดูแลเป็นตัวบ่งชี้ถึงโอกาสในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 28.2 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/อิสระ จึงสามารถจัดการเวลาในการดูแลและช่วยเหลือเด็กในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Loprinzi & Trost (2010) พบว่า ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กเล็กทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ เป็นแบบอย่าง การพาไปสนามเด็กเล่นหรือสถานที่ออกกำลังกาย รวมถึงการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวัน ดังนั้นหากผู้ดูแลมีเวลาและให้การดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดก็จะเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมทางกายภายหลังผ่าตัดหัวใจได้อีกทางหนึ่ง

2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนข้อมูลกิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล (r =.20, p<.07) อาจเป็นไปได้ว่า ลักษณะของกิจกรรมที่เด็กสามารถทำได้อย่างปลอดภัยในช่วงเวลา 2-6 สัปดาห์ภายหลังผ่าตัด คือ การประกอบกิจวัตรประจำวันที่เด็กต้องปฏิบัติทุกวันอยู่แล้ว อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 62.8 อธิบายได้ว่า ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลและผลการผ่าตัดหัวใจของมารดาสูงมากในระยะแรกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Landolt, Buechel, & Latal, 2011) จึงทำให้มารดาเป็นผู้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้แก่เด็กทั้งหมด แต่อาจรายงานว่าเด็กเป็นผู้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Corder, Crespo, van Sluijs, Lopez, & Elder (2020) เกี่ยวกับการประเมินระดับกิจกรรมทางกายของเด็กโดยผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครอง

ส่วนใหญ่ประเมินระดับกิจกรรมทางกายของเด็กสูงเกินความเป็นจริง ร้อยละ 75 โดยการสนับสนุนจากผู้ปกครอง ได้แก่ การพาไปยังสถานที่ออกกำลังกาย การให้กำลังใจ และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการประเมินระดับกิจกรรมทางกายของเด็กโดยผู้ปกครองสูงเกินจริง (p<.01) ดังนั้นอาจสรุปได้ว่ามารดาได้มีส่วนร่วมและช่วยเหลือเด็กในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานทุกวันอยู่แล้วถึงแม้จะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่เด็กสามารถทำได้อย่างปลอดภัยในช่วง 2-6 สัปดาห์ภายหลังผ่าตัด

การอบรมเลี้ยงดูแบบดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r =.52, p<.01) กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า การอบรมเลี้ยงดูแบบดูแลเป็นการเลี้ยงดูเด็กที่ผู้ดูแลให้ความรักและความเอาใจใส่ สนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการตามวัย อนุญาตให้เด็กมีอิสระตามที่เห็นสมควร (Parker, Tupling, & Brown ,1997) จึงทำให้เด็กได้รับการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายภายหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ดูแลระบุว่าการอบรมเลี้ยงดูแบบดูแลตรงกับความรู้สึกของตนอยู่ในระดับมากร้อยละ 94.1 และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Naumoska, Dojcinovski, Ristovska, Saiti, Paunovska, & Mitrev (2012) พบว่า มารดาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดที่มีอายุ 5-14 ปี จำนวน 4 ราย มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบควบคุมไม่แตกต่างจากมารดาของเด็กปกติ แต่สำหรับพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบดูแลเอาใจใส่ เช่น คอยช่วยเหลือและดูแลบุตรอย่างใกล้ชิดแต่ยังคงให้อิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของเด็กมากกว่ามารดาของเด็กปกติ ทั้งนี้อาจเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และวิตกกังวลถึงอันตรายแก่ชีวิตของบุตรเมื่อออกแรงทำกิจกรรมต่างๆ (Srichantaranit, & Thampanichawat, 2018)

การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไปมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r =.26, p<.05) กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภายหลังการผ่าตัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมควบคุม จำกัดการเรียนรู้ และกีดกันจากสิ่งที่ตนคิดว่าเป็นอันตรายต่อเด็ก (Van der Bruggen, Stams, & Bogels, 2008) เนื่องจากผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและวิตกกังวลถึงอันตรายแก่ชีวิตของบุตรเมื่อออกแรงทำกิจกรรมต่างๆ แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เน้นการทำกิจกรรมที่มีความเข้มข้นระดับเบาถึงปานกลาง ซึ่งกิจกรรมที่เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียนในระยะหลังผ่าตัด 2-6 สัปดาห์ ประกอบด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายตามพัฒนาการและการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (Yotsai, & Supsung, 2019) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมและดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่แล้วจึงทำให้การเลี้ยงดูแบบควบคุมเป็นการช่วยส่งเสริมให้เด็กทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวันจัดอยู่ในกิจกรรมทางกายที่มีความเข้มข้นระดับเบา เป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมต่อระดับพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน อีกทั้งยังเป็นการป้องกันความเสี่ยงจากการกระทบกระแทกหรือหกล้มเพราะมีผลต่อการยึดติดและเชื่อมประสานของแผลผ่าตัดที่บริเวณกึ่งกลางหน้าอก (sternotomy wound) แต่เมื่อครบ 3 ถึง 6 เดือนหลังผ่าตัด เด็กจะสามารถทำกิจกรรมที่มีความเข้มข้นระดับหนักได้อย่างปลอดภัยโดยไม่มีข้อจำกัด ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การวิ่งเล่น การปั่นจักรยาน และการกระโดด เล่นกีฬาหรือแข่งขันกีฬา เนื่องจากระบบไหลเวียดเลือดทำหน้าที่เป็นปกติและกระดูกทรวงอกเชื่อมประสานกันอย่างสมบูรณ์ (The Heart Association of Thailand, 2010) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลถึงอันตรายแก่ชีวิตของบุตรเมื่อออกแรงทำกิจกรรมต่างๆ (Srichantaranit & Thampanichawat, 2018) ส่งผลทำให้เด็กมีกิจกรรมทางกายลดลงและมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อไม่สมวัย ดังเห็นได้จากการศึกษาของ Kao et al. (2009) พบว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ชนิดเขียวและไม่เขียวที่มีอายุ 9 ถึง 12 ปี ภายหลังการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด จำนวน 34 ราย ร้อยละ 54.9 ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบปกป้องคุ้มครองมากเกินไปทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ไม่สมวัย และการศึกษาของ Ljubica et al. (2013) พบว่า บิดามารดาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 5-14 ปี ภายหลังการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 10 ราย มีการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมหรือปกป้องคุ้มครองมากเกินไป ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านการให้ข้อมูลกิจกรรมทางกายที่มีความปลอดภัยและเหมาะสมกับพัฒนาการเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัด VSD และ ASD closure ในระยะแรกเมื่อกลับไปบ้าน โดยพยาบาลควรตระหนักถึงพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูแบบดูแลเป็นสำคัญ กล่าวคือ ผู้ดูแลยังคงให้การช่วยเหลือและสนับสนุนให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆ อย่างอิสระ การสนับสนุนข้อมูลอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพจะช่วยคลายความวิตกกังวลและเป็นการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแลในการกระตุ้นให้เด็กมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมร่างกายในการทำกิจกรรมที่มีความเข้มข้นระดับปานกลางถึงหนักต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเดิม โดยพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการให้ข้อมูลกิจกรรมทางกายแก่ผู้ดูแล โดยลักษณะกิจกรรมจะต้องมีความเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กในแต่ละช่วงวัย และประกอบด้วยกิจกรรมที่มีความเข้มข้นระดับเบา ปานกลาง และหนัก ตามระยะการฟื้นสภาพหัวใจภายหลังการผ่าตัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะผู้ป่วยในระยะผู้ป่วยนอก และระยะต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

American Heart Association [AHA]. (2020). *Recommendations for physical activity in adults and kids.* Retrieved from https://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-in-adults

Bjarnason-Wehrens, B., Schmitz, S., & Dordel, S. (2008). Motor development in children with congenital cardiac diseases. *Eurupean Cardiology, 4*(2), 92-96.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). *Care and treatment for congenital heart defects.* Retrieved from https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/care-and-treatment-for-congenital-heart-defects

Chandate, C., Santati, S., & Wittayasooporn, J. (2015). Factors predicting mother's abilities to take care of children under one year of age in Bangkok Metropolis. *Ramathibodi Nursing Journal, 21*(1), 21-37. (In Thai)

Corder, K., Crespo, N. C., van Sluijs, E. M., Lopez, N. V., & Elder, J. P. (2012). Parent awareness of young children's physical activity. *Preventive Medicine, 55*(3), 201-205.

Cottrell, L., Zatezalo, J., Bonasso, A., Lattin, J., Shawley, S., Murphy, E., ... & Neal, W. A. (2015). The relationship between children's physical activity and family income in rural settings: A cross-sectional study. *Preventive Medicine Reports, 2,* 99-104.

Gielen, S., Laughlin, M. H., O'Conner, C., & Duncker, D. J. (2015). Exercise training in patients with heart disease: Review of beneficial effects and clinical recommendations. *Progress in Cardiovascular Diseases, 57*(4), 347-355.

Haseba, S., Sakakima, H., Nakao, S., Ohira, M., Yanagi, S., Imoto, Y., ... & Shimodozono, M. (2018). Early postoperative physical therapy for improving short-term gross motor outcome in infants with cyanotic and acyanotic congenital heart disease. *Disability and Rehabilitation, 40*(14), 1694-1701.

Jittrong P. (2012). *Pediatric Occupational Performance Index (POPI).* Retrieved from http://203.131.209.219/km/admin/new/020517_094523.pdf (In Thai)

Kao, C. C., Chang, P. C., Chiu, C. W., Wu, L. P., & Tsai, J. C. (2009). Physical activity levels of school-age children with congenital heart disease in Taiwan. *Applied Nursing Research, 22*(3), 191-197.

Keawvichit, N., & Thajeen, K. (2007). Knowledge and the parental role in caring for children with heart disease. *Journal of Health Science and Medical Research, 25*(4), 273-282. (In Thai)

Landolt, M. A., Buechel, E. V., & Latal, B. (2011). Predictors of parental quality of life after child open heart surgery: a 6-month prospective study. *The Journal of Pediatrics, 158*(1), 37-43.

Laonanitcharoen P. (2018). Nursing care of children undergoing congenital heart surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19,* 12-21. (In Thai)

Ljubica, N., Ilija, D., Frosina, R., Saiti, S., Paunovska, S. T., & Mitrev, Z. (2013). Qualitative and quantitative analysis of the parenting styles, coping strategies and perceived stress in mothers of children who have undergone cardiac interventions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84,* 1809-1814.

Longmuir, P. E., & McCrindle, B. W. (2009). Physical activity restrictions for children after the Fontan operation: Disagreement between parent, cardiologist, and medical record reports. *American Heart Journal, 157*(5), 853-859.

Loprinzi, P. D., & Trost, S. G. (2010). Parental influences on physical activity behavior in preschool children. *Preventive Medicine, 50*(3), 129-133.

Naumoska, L., Dojcinovski, I., Ristovska, F., Saiti, S., T Paunovska, S., & Mitrev, Z. (2012). Qualitative and quantitative analysis of the parenting styles, coping strategies and perceived stress in mothers of children who have undergone cardiac interventions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84,* 1809-1814.

Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*(1), 1-10.

Phromreungrit K., Jintrawet U., & Chotibang J. (2015). Caregiving and related factors among caregivers of children with congenital heart disease. *Nursing Journal Volume, 42 Supplement November,* 35-45. (In Thai)

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th Ed.). Philadelphia:.Lippincott, Williams & Wilkins.

Qu, Y., Liu, X., Zhuang, J., Chen, G., Mai, J., Guo, X., ... & Wu, Y. (2016). Incidence of congenital heart disease: The 9-year experience of the Guangdong registry of congenital heart disease, China. *PloS one, 11*(7), e0159257

Siribhunpipattana P. (2012). *Child health nursing 1.* Nonthaburi: Academic Welfare Project Praboromarajchanok Institute. (In Thai)

Srichantaranit A. & Thampanichawat W. (2018). Mothers' experience of having their children undergoing cardiac surgery: A qualitative study. *Thai Journal of Nursing Council, 33*(1), 74-88. (In Thai)

Synphaet Childrens Hospital. (2020). *Congenital heart disease.* Retrieved from https://www.synphaet.co.th/children-ramintra/ Congenital Heart Disease/ (In Thai)

Takken, T., Giardini, A., Reybrouck, T., Gewillig, M., Hovels-Gürich, H. H., Longmuir, P. E, ... McCrindle, B. W. (2013). Promotion of physical activity for children and adults with congenital heart disease a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation, 127*(21), 2147-2159.

The Heart Association of Thailand. (2010). *Cardiac rehabilitation guideline 2010.* Retrieved from http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf (In Thai)

Trojnarska, O., Gwizdała, A., Katarzynski, S., Katarzynska, A., Szyszka, A., Lanocha, M., ... & Kramer, L. (2009). Evaluation of exercise capacity with cardiopulmonary exercise test and B-type natriuretic peptide in adults with congenital heart disease. *Cardiology Journal, 16*(2), 133-141.

Van der Bruggen, C.O., Stams, G.J., & Bogels, S. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(12), 1257-69.

Voss, C., Duncombe, S. L., Dean, P. H., de Souza, A. M., & Harris, K. C. (2017). Physical activity and sedentary behavior in children with congenital heart disease. *Journal of the American Heart Association, 6*(3), e004665.

Yasui, H., Kado, H., & Masuda, M. (2009). *Cardiovascular surgery for congenital heart disease.* Tokyo: Springer.

Yotsai B., & Supsung A. (2019). Physical activities in children with congenital heart disease. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 11*(2). 80-90. (In Thai)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล
Factors Related to Caring for Children with Congenital Heart Disease After Heart Surgery Among Caregivers

พิเศษ	เขื่อนทอง *	Phiset	Khueanthong *
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **
พิมพาภรณ์	กลั่นกลิ่น ***	Pimpaporn	Klunklin ***

บทคัดย่อ

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะอยู่บ้านโดยผู้ดูแลมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของเด็ก วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ เพื่อศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแล 85 ราย ที่ดูแลเด็ก อายุ 1-6 ปี หลังผ่าตัดหัวใจไม่เกิน 30 วัน รวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และแบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ดูแล ร้อยละ 71.80 มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=92.02, S.D.=12.98)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.538, p<.001) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.846, p<.001)

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลต่อไป

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลนครพิงค์*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, Nakornping Hospital, special.phiset@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 7 พฤษภาคม 2562 วันตอบรับบทความ 23 กันยายน 2562

คำสำคัญ: *ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, การดูแล, ผู้ดูแล, เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ*

Abstract

Caring for children with acyanotic congenital heart diseases (CHDs) after open-heart surgery by caregivers at home is important for the children's health. This The purpose of this correlational descriptive research was to study caring for children with CHDs after heart surgery, and the relationship between perception of health status of children with CHDs, after heart surgery, and the perceived self-efficacy in caring for children with CHDs after heart surgery and caring for children with CHDs after heart surgery among caregivers. The sample comprised 85 caregivers providing care for children aged 1-6 years with CHDs at home after heart surgery with less not more than 30 days after heart surgery. Data were collected at the out-patient department of three tertiary hospitals in the northern region and a the Heart Center in the northeast region of Thailand from March to July 2019. The research instruments, including included the perception of health status of children with CHDs after heart surgery questionnaire, the perceived self-efficacy in caring for children with CHDs after heart surgery questionnaire, and the caring for children with CHDs after heart surgery questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient. The results were as follows:

1. Caregivers of About 71.80% of the caregivers who provided care for children with CHDs after heart surgery had mean scores of caring at a high level ($\bar{X}$=92.02, S.D.=12.98)

2. The perception of health status was statistically significant positive correlation with caring for children with CHDs after heart surgery at a moderate level (r=0.538, p<.001), and perceived self-efficacy in caring for children was statistically significant positive correlation with caring for children with CHDs after heart surgery at a high level(r=0.846, p<.001).

There were significantly positive correlation between the perception of health status and the caring for children with CHDs after heart surgery at a moderate level (r=0.538, p<.001), and significantly positive correlation between the perceived self-efficacy and the caring for children with CHDs after heart surgery at a high level (r=0.846, p<.001).

The findings of this study serve as preliminary data and provided related factors for a guide to promote the caring for children with CHDs after heart surgery among caregivers.

Keywords: *Factors Related Factors, Caring, Caregivers, Children with Congenital Heart Diseases After Heart Surgery*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคหัวใจที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก (Srichantaranit, 2016) สถิติทั่วโลกพบประมาณ 6-10 รายต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย (American Heart Association, 2016) ประเทศไทยพบประมาณ 6-8 รายต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย โดยพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวสูงสุดประมาณร้อยละ 65 (Queen Sirikit National Institute of Child Health Foundation, 2016) ซึ่งโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เป็นความผิดปกติในโครงสร้างของหลอดเลือดและ/หรือหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด โดยไม่มีการผสมกันของเลือดดำและเลือดแดงจึงไม่มีอาการเขียว ความผิดปกติที่พบได้แก่ ชนิดผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่ว (ventricular septal defect, [VSD]) ร้อยละ 34 ชนิดผนังกั้นหัวใจห้องบนรั่ว (atrial septal defect, [ASD]) ร้อยละ 13 ชนิดผนังกั้นหัวใจห้องบนและห้องล่างรั่ว (atrioventricular septal defect, [AVSD]) ร้อยละ 8 และอื่นๆ ซึ่งเด็กร้อยละ 99 ได้รับการวินิจฉัยในอายุ 5 ปี โดยเด็กส่วนใหญ่ได้รับการรักษาตามอาการทางคลินิก (Linde et al. 2011)

การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีหลายวิธี (British Heart Foundation, 2013) เด็กมากกว่าร้อยละ 80 ต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหัวใจ (Pediatric Cardiac Surgery Foundation [PCSF], 2014) โดยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว VSD, ASD, AVSD จะได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คือ VSD closure, ASD closure, AVSD surgical repair (Lekawanvijit, 2013) เด็กมากกว่าร้อยละ 82 ได้รับการผ่าตัดในช่วงอายุไม่เกิน 6 ปี (The Society of Thoracic Surgeons, 2017) ดังนั้นในระยะพักฟื้นที่บ้านเด็กควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล โดยเฉพาะ 30 วันแรกหลังผ่าตัดเป็นระยะที่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิต และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อน (Crowe et al., 2016) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการมีของเหลวในเยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจ ร้อยละ 26 ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 24 การติดเชื้อ ร้อยละ 19 การทำงานของหัวใจผิดปกติ ร้อยละ 15 ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 5 และอื่นๆ ร้อยละ 11 (Kogon et al., 2012) เด็กร้อยละ 1.6 เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนในช่วง 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาล (Miyata et al. 2014) ซึ่งการดูแลเด็กโรคหัวใจหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านเป็นบทบาทของผู้ดูแล (PCSF, 2014)

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ หมายถึง การกระทำ การเอาใจใส่ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่บ้าน เพื่อให้สุขภาพของเด็กเป็นปกติมากที่สุดตามสภาพของเด็ก และสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ รวมทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการดูแลเด็กในช่วง 30 วันแรกหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านของผู้ดูแลแบ่งได้ 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด (Children's Minnesota, 2019; Children's Hospital of The King's Daughters, 2018; Gaskin, Barron & Daniels, 2016; PCSF, 2014) การดูแลจากผู้ดูแลอย่างเหมาะสม สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กได้ (Smith, Doyle, Mettler, Bichell & Gay, 2015)

การทบทวนวรรณกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะก่อนผ่าตัดในผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน จากการศึกษาการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและชนิดไม่เขียว พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคะแนนการดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง (Phromreungrit, Jintrawet & Chotibang, 2015) จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวก่อนผ่าตัด พบว่าพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาอยู่ในระดับมาก (Soiphet, Jintrawet & Mesukko, 2019) และการศึกษาพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่

และความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความเสี่ยงต่อการเกิดพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ล่าช้า เนื่องจากผู้ดูแลไม่ดูแลกระตุ้นให้เด็กมีกิจกรรมทางร่างกายอย่างเพียงพอ (van der Cammen-van Zijp et al. 2010) และการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะหลังผ่าตัดของผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน ในผู้ปกครองทารกอายุ 1 ปี พบว่าผู้ปกครองบางส่วนไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร ภาวะหายใจลำบาก และการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เป็นเหตุให้เด็กไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที (Tregay el al. 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่เป็นการดูแลก่อนผ่าตัด และผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน อาจเนื่องจากปัจจัยทั้งด้านเด็กและผู้ดูแล

การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กและผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ยาก ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงไม่นำมาหาความสัมพันธ์ในส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล อาจมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดของผู้ดูแล

การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อของผู้ดูแลต่อสุขภาพเด็กการดูแลเด็กตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของ Becker (1974) การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กระยะก่อนผ่าตัด พบการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับการให้การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระดับปานกลาง (r=0.51, p<.01) (Phromreungrit el al., 2015) แต่จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลใน 3 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของ ผู้ดูแล (p>.05) และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล (r= -0.324, p<.05) (Yutthayong & Kirdpole, 2016)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้ง 6 ด้าน คือ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด เพื่อให้เด็กฟื้นฟูสภาพร่างกาย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจ ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) พบการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กระยะก่อนผ่าตัด จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดา

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ (r=0.658, p<. 01) (Soiphet et al., 2019) การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ต้องพึ่งพามารดาในเด็กวัยหัดเดินที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดา (r=0.62, p<.01) (Chaisom, Yenbut, Chontawan, Soivong & Patumanond, 2010)

การศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งในและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการดูแลเด็กของผู้ดูแลในระยะก่อนผ่าตัด และผลการศึกษาการดูแลยังแตกต่างกัน สำหรับการศึกษาการดูแลเด็กในระยะหลังผ่าตัดเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ และศึกษาในผู้ปกครองทารกอายุ 1 ปี ซึ่งไม่สามารถอธิบายการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระยะหลังผ่าตัด ในอายุ 1-6 ปี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล เป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กระยะก่อนผ่าตัด และผลการศึกษาความสัมพันธ์ยังไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลกับการดูแลเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลเป็นอย่างไร

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย 6 ด้าน (Laopanitcharoen, 2018; Pediatric Cardiac Surgery Foundation, 2014; Children's Minnesota, 2019; Children's Hospital of The King's Daughters, 2018; Gaskin, Barron & Daniels, 2016; University of Minnesota Children's Hospital, 2009) ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรมการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ตามแนวคิดของ Becker (1974) หากผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล 4 ด้านสูงหรือต่ำ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กสูงขึ้นหรือต่ำลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรมการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควร

มาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลของตนเองสูงหรือต่ำ จะส่งผลทำให้การดูแลเด็กสูงขึ้นหรือต่ำลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ASD, VSD, AVSD อายุระหว่าง 1-6 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ชนิด VSD closure, ASD closure, AVSD surgical repair ภายหลังการผ่าตัดไม่เกิน 30 วัน และมารับการตรวจตามนัดหรือรักษาที่คลินิกโรคหัวใจและคลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากขนาดอิทธิพลและการเปิดตารางกำลังการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นไว้ที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ระดับ .80 และกำหนดอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง (effect size) ที่ .30 เนื่องจากเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับกลางที่การศึกษาทางการพยาบาลที่ผ่านมายอมรับ คือขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แบบสอบถามแปลผลคะแนนข้อมูลได้จากวิธีการหาอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.95 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ และตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 0.97 และ0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการพิจารณารับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 2561-101; รหัสโครงการ 2561-EXP071 และภายหลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่เลือกในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 5940; รหัสโครงการ NONE-2561-05940 โรงพยาบาลลำปางหนังสือรับรองโครงการวิจัย NO.127/61 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ใช้เอกสารรับรองโครงการของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE611624

ลำดับที่ 4.3.01: 9/2562

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเคยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และไม่ได้ปฏิบัติงานในแผนกที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่ม ตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามเอกสารคาชี้แจงอาสาสมัครและขอความยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองและตอบตามความเข้าใจ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ทำการรวบรวมข้อมูลในขณะที่เด็กรอพบแพทย์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ เก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ต้องการ คือ 85 ชุด โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาและการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งของผู้ดูแลและเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลของผู้ดูแล ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และข้อมูลการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความสัมพันธ์กับเด็ก เป็นมารดา ร้อยละ 68.24 เพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อย ละ 76.47 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 22.35 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.35 รายได้ครอบครัวระหว่าง 20,001-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.06 ระยะเวลาในการดูแล เด็กระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี ร้อยละ 49.42

2. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 85 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.30 อายุ 1-3 ปี ร้อยละ 81.18 การวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่ว (VSD) ร้อยละ 65.89 ได้รับการผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกั้นหัวใจห้องล่าง (VSD closer) ร้อยละ 65.89 จำนวนครั้งที่เด็กนอน โรงพยาบาลก่อนผ่าตัดระหว่าง 1-5 ครั้ง ร้อยละ 72.94 จำนวนครั้งที่เด็กนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 4-10 วัน ร้อยละ 54.12 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ในการรักษา ร้อยละ 84.71

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.80 ($\bar{X}$=92.02, S.D.=12.98) หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่ผู้ดูแลมีการดูแลอยู่ในระดับสูงมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลแผลผ่าตัด ร้อยละ 63.53 ด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 63.50 ด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

ร้อยละ 52.94 ด้านการรับประทานยา ร้อยละ 77.60 และด้าน การมาตรวจตามนัด ร้อยละ 68.24 แต่ด้านการทำกิจกรรมผู้ดูแลมีการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.30

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดในผู้ดูแล และข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.80 ($\bar{X}$ = 87.00, S.D. = 13.02) และอยู่ในระดับ สูง ร้อยละ 48.20 ($\bar{X}$ = 87.00, S.D. = 13.02) และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.70 ($\bar{X}$ = 107.33, S.D. = 18.65)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล ในแต่ละระดับ (n=85)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	0 (0.00)	44 (51.80)	41 (48.20)	87.00	13.02	ปานกลาง
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	0 (0.00)	30 (35.30)	55 (64.70)	107.33	18.65	สูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.54, p<.001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.85, p < .001$)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด หัวใจในผู้ดูแลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล (n=85)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในผู้ดูแล	.54	.000
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในผู้ดูแล	.85	.000

การอภิปรายผล

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 71.80 มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 92.02, S.D. = 12.98) ด้านที่มีการดูแลสูงสุด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา รองลงมา คือ ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการดูแลแผลผ่าตัด ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 77.60, 68.24, 63.53, 63.50 และ 52.94 ตามลำดับ เนื่องจากเป้าหมายสำคัญของการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ คือ สุขภาพเด็กเป็นปกติมากที่สุดตามสภาพของเด็ก รวมทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ (Vantum & Soomlek, 2012) ผู้ดูแลรับรู้ว่าเด็กยังต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Srichantaranit & Thampanichawat, 2018) ซึ่งการดูแลในด้านต่างๆ เหล่านี้เป็นการดูแลเพื่อช่วยในการฟื้นตัวของเด็ก การหายของแผล และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การศึกษานี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 68.24 เป็นมารดา ซึ่งสังคมและวัฒนธรรมไทย มารดามักถูกกำหนดหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัว (Chitayasothorn, 2008) และมารดามีความสัมพันธ์ทางสายเลือดจึงมีความเต็มใจในการดูแลอย่างเต็มความสามารถ (Preechapongmit, Lamchang & Jintrawet, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ก่อนผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา และให้การดูแลเด็กในระดับสูง (Phromreungrit el al. 2015) และผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 76.47 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยหนุ่มสาว เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางร่างกายและวุฒิภาวะเต็มที่ มีความพร้อมในการตัดสินใจ และเป็นวัยที่มีโอกาสในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวเอง (Sirirak, 2017) แต่จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าอายุของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย โดยผู้ปกครองที่อายุมากมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยลดลง (Rattanapibun, Kongsaktrakul & Patoomwan, 2011) ขัดแย้งกับการศึกษาพฤติกรรมบิดามารดา ในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าอายุของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Phanphakdi, 2015)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 22.35 มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และร้อยละ 22.45 อยู่ในระดับปริญญาตรี ซึ่งการศึกษาช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความเข้าใจ มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และ

มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001) บุคคลที่มีระดับศึกษาสูงสามารถปฏิบัติตัวและตัดสินใจในเรื่องสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Pender, 1987) จากการศึกษาประสบการณ์การเกิดฝันผุในเด็กเล็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าระดับการศึกษาของบิดามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพฟันของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยบิดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีแนวโน้มดูแลสุขภาพฟันของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดดีกว่าบิดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (Pimentel, 2013) และจากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ดี (Phanphakdi, 2015)

เด็กร้อยละ 98.83 ใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 84.71 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ในการรักษา ทั้งนี้เด็กที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาลช่วยให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและใกล้บ้าน (Thanwong, Pensirinapa & Kiraphong, 2016) จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าเด็กร้อยละ 65.89 นอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1-5 ครั้ง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลจากแพทย์และพยาบาล สามารถดูแลอย่างเหมาะสม และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.42 มีระยะเวลาในการดูแลเด็กระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี และผู้ดูแลทั้งหมดดูแลเด็กตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดถึงระยะจำหน่ายหลังผ่าตัดกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์จนเกิดความชำนาญในการดูแล และสามารถปรับบทบาทในการดูแลอย่างเหมาะสม (Orem, 2001) จากการศึกษาพบว่าซึ่งระยะเวลาที่ผู้ปกครองดูแลเด็กป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (Rattanapibun el al., 2013) จากศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด พบว่าผู้ดูแลเด็กที่ดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนถึงการรักษามักมีประสบการณ์การดูแล และเพิ่มพูนเกิดทักษะการดูแลเด็กทำให้การดูแลดี (Preechapongmit el al., 2012)

จากการรวบรวมข้อมูลยังพบว่าผู้ดูแลทั้งหมดได้รับคำแนะนำและการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (discharge planning) ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของทุกโรงพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพยาบาลรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยทุกราย ทำให้ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมและได้รับข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดูแล จากการศึกษาในประเทศจีนศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน สำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่วร่วมกับมีความดันเลือดในปอดสูง พบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน มีความพร้อมในการดูแล ความรู้ในการดูแล และพฤติกรรมการดูแล สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (Wu, Li & Chen, 2015) จากการศึกษาประสบการณ์ของมารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่ามารดาได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลายประการ ได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับยาและการให้ยาเด็กก่อนกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าบุตรยังต้องดูแลเป็นพิเศษในเรื่องรับประทานยาโดยให้ยาถูกขนาด และตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ คำแนะนำในการดูแลแผลผ่าตัดของเด็กเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าบุตรยังต้องดูแลเอาใจใส่ไม่ให้แผลมีการติดเชื้อ และคำแนะนำในเรื่องโภชนาการและอาหารสำหรับเด็ก ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดูแลเด็ก เกี่ยวกับโภชนาการและอาหารที่เหมาะสม (Srichantarani & Thampanichawa, 2018) จากการศึกษาการจัดการความปวดโดยบิดามารดาในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการได้รับข้อมูลสนับสนุนจากพยาบาลก่อนกลับบ้านทำให้บิดามารดามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และวิธีการดูแลเด็กป่วยมากขึ้น

ส่งผลให้การจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Khamhoi, Jintrawet & Thiyapirom, 2016)

อย่างไรก็ตามพบว่ามีเพียงด้านการทำกิจกรรมเท่านั้นที่ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.30 จากร้อยละของข้อคำถามในแบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 37.60 ดูแลให้เด็กทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดเพียงบางครั้ง ร้อยละ 17.60 ไม่เคยดูแลให้เด็กทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดเลย และผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 30.60 ดูแลให้เด็กทำกิจวัตรประจำวันเพียงบางครั้ง อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลและการหายของแผลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยความแข็งแรงของโครงสร้างกระดูกและแผลภายใน ใช้เวลาสมานและฟื้นตัวประมาณ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด (University of Minnesota Children's Hospital, 2009) ซึ่งแผลภายในเป็นแผลที่มองไม่เห็น จึงเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลกลัวกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดและกังวลต่อการหายของแผลภายใน

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 81.18 เป็นวัยที่เด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของพัฒนาการด้านร่างกาย (Wong etl al., 1999) คือยังมีพัฒนาการด้านร่างกายอยู่ในช่วงพัฒนาการของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เด็กวัยนี้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อยังทำงานไม่ประสานงานกันเท่าที่ควร และจากรายงานการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เคยเข้ารับการผ่าตัดมีพัฒนาการล่าช้าใน 3 ด้าน คือ การช่วยเหลือตนเองและสังคม การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Mari, Cascudo & Alchieri, 2016) ทำให้การดูแลกระตุ้นให้เด็กทำกิจกรรมหลังผ่าตัดของผู้ดูแลมีความยุ่งยาก ต้องใช้เวลา

การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความ สัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.538, p<.001) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูง มีการดูแลเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจระดับสูง ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจระดับต่ำ สามารถอธิบายตามทฤษฎี health belief modelแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Becker, 1974) เชื่อว่าการที่บุคลลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การป้องกันโรค หรือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับการที่รับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) การรับรู้ถึงอุปรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา

สอดคล้องกับการศึกษาการให้การดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (r=0.51, p<.01) (Phrom-reungrit el. al., 2015) แต่การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลใน 3 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล (p>.05) และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล (r= -.324, p<.05) (Yutthayong & Kirdpole, 2016)

การศึกษาครั้งนี้จากนอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่มีผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพ เปลี่ยนแปลง (Becker, 1974) กล่าวคือ ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ (patient-practitioner relationship) และความต่อเนื่องของแพทย์ (physician continuity) จากการสังเกตและสอบถามพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ดูแลและเด็กต้องมาโรงพยาบาลเป็นประจำตามนัด จากร้อยละของข้อคำถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจใน ผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 88.20 พาเด็กมาตรวจตามวันและเวลาที่แพทย์นัดทุกครั้ง การที่ผู้ดูแลพาเด็กมาตรวจเป็นประจำย่อมเกิดความต่อเนื่องและเกิดสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย หรือผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ จากการศึกษาของ Becker (1974) พบว่ามารดาที่รู้สึกมีความใกล้ชิด และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์ประจำ มีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุตรได้เหมาะสม อย่างไรก็ตามการรับรู้อาจลดลงเมื่ออยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอน จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) อยู่ตลอดเวลาและเผชิญกับความกลัวการสูญเสียบุตร (Srichantarani & Thampanichawa, 2018) สถานการณ์เหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตร จึงอาจส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.846, p<.001) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ กล่าวคือผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจสูง ผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจต่ำ ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) กล่าวที่ว่าหากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถประพฤติหรือประกอบกิจกรรม ที่กำหนดได้ จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง

สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ต้องพึ่งพามารดา ในเด็กวัยหัดเดินที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดา (r=.62, p<.01) (Chaisom el al. 2010) จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ (r=.658, p<.01) (Soiphet el al., 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรมีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ASD, VSD, AVSD อายุ ระหว่าง 1-6 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนกลับบ้าน เพื่อให้คำแนะนำและส่งเสริมผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กขณะกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปอ้างอิงและเป็นข้อมูลสนับสนุน ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเด็กวัยอื่น เช่น วัยแรกเกิด - 1 ปี วัยเรียนอายุ 6-12 ปี หรือศึกษาในวัยที่จำเพาะ เนื่องจากการดูแลในแต่ละช่วงวัยที่ความแตกต่างกันตามระยะพัฒนาการ เช่น วัยหัดเดิน 1-3 ปี และ วัยก่อนเรียน 4-6 ปี

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

American Heart Association. (2016). *Congenital cardiovascular defects.* Retrieved from https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_483967.pdf

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: *The exercise of control.* New York: W.H. Freeman.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 409-419

British Heart Foundation (2013). *Congenital cardiovascular defects.* Retrieved from https:// www.bhf.org.uk/heart-health/conditions/congenital-heart-disease

Chaisom, P., Yenbut, J., Chontawan, R., Soivong, P., & Patumanond, J. (2010). Predicting factors of dependent care behaviors among mothers of toddlers with congenital heart disease. *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences, 9*(2), 193-200.

Children's Hospital of The King's Daughters (2018). *Home care instructions following cardiothoracic surgery.* Retrieved from https://www.chkd.org/patients-and-families/health-library/way-to-grow/cardiothoracic-surgery,-home-care-instructions-following/

Children's Minnesota. (2019). *Cardiac surgery: Care at home (infant/child).* Retrieved from https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/15937/cardiac-surgery-care-at-home-infant-child/

Chitayasothorn, D. (2008). Sex roles: A psychological perspective. *University of the Thai Chamber of Commerce Journal, 28*(1). 92-100.

Crowe, S., Ridout, D. A., Knowles, R., Tregay, J., Wray, J., Barron, D. J., ... & Bull, C. (2016). Death and emergency readmission of infants discharged after interventions for congenital heart disease: A national study of 7643 infants to inform service improvement. *Journal of the American Heart Association, 5*(5), e003369.

Gaskin, K. L., Barron, D. J., & Daniels, A. (2016). Parents' preparedness for their infants' discharge following first-stage cardiac surgery: Development of a parental early warning tool. *Cardiology in the Young, 26*(7), 1414-1424.

Khamhoi, R. Jintrawet, U., & Thiyapirom N. (2016). Parental pain management in post-operative pediatric patients and related factors. *Nursing Journal, 43*(2), 13-22.

Kogon, B., Jain, A., Oster, M., Woodall, K., Kanter, K., & Kirshbom, P. (2012). Risk factors associated with readmission after pediatric cardiothoracic surgery. *The Annals of Thoracic Surgery, 94*(3), 865-873.

Lekawanvijit, S. (2013). *Cardiomyopathies.* Chiang Mai: Faculty of Medicine Chiang Mai University Press

Linde, D., Konings, E. E., Slager, M. A., Witsenburg, M., Helbing, W. A., Takkenberg, J. J., & Roos-Hesselink, J. W. (2011). Birth prevalence of congenital heart disease worldwide. *Journal of the American College of Cardiology, 58*(21), 2241-2247. Mari, M. A., Cascudo, M. M., & Alchieri, J. C. (2016). Congenital heart disease and impacts on child development. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, 31(1), 31-37.

Miyata, H., Murakami, A., Tomotaki, A., Takaoka, T., Konuma, T., Matsumura, G., ... & Takamoto, S. (2014). Predictors of 90-day mortality after congenital heart surgery: The first report of risk models from a Japanese database. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 148*(5), 2201-2206.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice.* (6th ed.). St. Louis: Mosby

Pediatric Cardiac Surgery Foundation. (2014). *Congenital heart disease.* Retrieved from http://www.pcsf.org/Knowledge/KnowledgeDetail/21

Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice.* (2nd ed.). East Norwalle: Appleton-Century-Crofts

Phanphakdi, P. (2015). *Behaviors of caregivers in children with congenital heart disease.* Unpublished manuscript, faculty of medicine Narasuan University, Phitsanulok, Thailand

Phromreungrit, K. Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2015). Caregiving and related factors among caregivers of children with congenital heart disease. *Nursing Journal, 42,* 35-45.

Pimental, E. L., Azevedo, V. M., Castro, Rde. A., Reis, L. C., & Lorenzo, A., (2013). Caries experience in young children with congenital heart disease in developing country. *Brazilian Oral Research, 27*(2), 103-108.

Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.

Laopanitcharoen, P. (2018). Nursing care of children undergoing congenital heart surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(Supplement), 12-21.

Preechapongmit, K. Lamchang, S., & Jintrawet, U. (2012). Factor related to caregiving burden among caregivers. *Nursing Journal, 39*(4), 13-22

Queen Sirikit National institute of Child Health Foundation. (2016). Critical congenital heart disease in neonates. *Journal of the Department of Medical Services, 41*(4), 16-21.

Rattanapibun, K. Kongsaktrakul, C., & Patoomwan, A. (2013). Parent participation in the care of hospitalized children. *Ramathibodi Nursing Journal, 17*(1), 232-247.

Sirirak, T. (2017). *Health care in differently age population.* Retrieved from https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class01/388-100/Health_care_in_Differently/index5.html

Smith, A. H., Doyle, T. P., Mettler, B. A., Bichell, D. P., & Gay, J. C. (2015). Identifying predictors of hospital readmission following congenital heart surgery through analysis of a multi-institutional administrative database. *Congenital Heart Disease, 10*(2), 142-152.

Soiphet, S. Jintrawet, U., & Mesukko, J. (2019). Care behaviors of parents and related factors to prevent respiratory infection in children with congenital heart disease. *Nursing Journal, 46*(1), 102-113

Srichantarani, A., & Thampanichawa, W. (2018). Mothers' experience of having their children undergoing cardiac surgery: A qualitative study. *Thai Journal of Nursing Council, 33*(1), 74-88.

Srichantaranit, A. (2016). *Let's get to know congenital heart disease.* Retrieved from http://www.ns. mahidol.ac.th/english/th/ns_academic/56/04/Heart_disease.html

Thanwong, T. Pensirinapa, N., & Kiraphong, P. (2016). Factors related to medical care usage of chronic disease patients at sub-district health promoting hospitals in Khao Yoi health network, Petch-aburi Province. *Journal of Safety and Health, 9*(31), 26-36.

The Society of Thoracic Surgeons (2017). *Cardiac surgery database.* Retrieved from https://www.sts.org/sites/default/files/documents/Congenital-STSExecSummary_Children_1.pdf

Tregay, J., Wray, J., Crowe, S., Knowles, R., Daubeney, P., Franklin, R., ... & Brown, K. L. (2016). Going home after infant cardiac surgery: A UK qualitative study. *Archives of Disease in Childhood, 101,* 902–908

van der Cammen-van Zijp, M.H., Gischler, S.J., Mazer, P., van Dijk, M., Tibboel D., & Ijsselstijn, H. (2010). Motor-function and exercise capacity in children with major anatomical congenital anomalies: An evaluation at 5 years of age. *Early Human Development, 86*(8), 523-528.

Vantum, C., & Soomlek, S. (2012). Health promotion of caregivers in children with congenital heart disease undergone heart surgery. *Journal of Nursing Science and Health, 35*(1), 1-9.

Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Winkelstein, M.L., Wilson, D., Ahmann, E., & DiVito- Thomas, P.A. (1999). *Whaley & Wong's nursing care of infants and children* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Wu, X., Li, Q., & Chen, J. (2015). Discharge planning for children with ventricular septal defect and pulmonary arterial hypertension in China. *International Journal of Nursing Sciences, 2*(2), 167-172.

Yutthayong, S., & Kirdpole, W. (2016). Selected factors affecting care for children with acyanotic congenital heart disease by caregivers. *Journal of Nursing and Health Care, 34*(2), 184-192.

ภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* ในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก: การศึกษานำร่อง

'Lanna' Local Wisdom in Promoting Well-being of Children: A Pilot Study

ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์ *	Chawapornpan	Chanprasit *
สุมาลี	เลิศมัลลิกาพร **	Sumalee	Lirtmunlikaporn **
หรรษา	เศรษฐบุปผา ***	Hunsa	Sethabouppha ***
วรันธรณ์	จงรุ่งโรจน์สกุล ****	Waruntorn	Jongrungrotsakul ****

บทคัดย่อ

ภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* ด้านสุขภาพเป็นองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชน ให้คุณค่าต่อสมดุลสุขภาพและสุขภาพองค์รวม การศึกษานำร่องครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ปราชญ์ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านและผู้ดูแลเด็กที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 52 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อนับถือผี (เทวดา) และพิธีกรรมถูกบูรณาการในการดูแลเด็กของชาวล้านนาเพื่อก่อให้เกิดสุขภาวะ ชาวล้านนาพัฒนาเด็กให้มีความพร้อมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ภายใต้การอบรมกล่อมเกลาร่วมกันระหว่างสถาบันครอบครัวและสถาบันศาสนา ใช้หลัก 'ความพร้อม' ของเด็กในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีพ เพื่อให้เด็กเติบโตอย่างมีคุณภาพ การดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กประกอบด้วยการดูแลด้านสังคม-จริยธรรม ด้านจิตใจ ด้านกาย ด้านพัฒนาการและสติปัญญา ผลการศึกษาสะท้อนการดูแลเด็กของชาวล้านนาเน้นการพัฒนาเด็กให้มี 'คุณภาพ' ทุกมิติของสุขภาพ สอดแทรกในวิถีชีวิตจนเป็นประเพณีนิสสัย ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ของทีมสุขภาพต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนในการดูแลเด็กที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมล้านนา

คำสำคัญ: *ภูมิปัญญาท้องถิ่น, ภูมิปัญญาล้านนา, การดูแลเด็ก, การส่งเสริมสุขภาพเด็ก*

* *รองศาสตราจารย์ ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

* *Associate Professor, Pension Officer, Chiang Mai University*

** *ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, sumalee.l@cmu.ac.th*

*** *อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

**** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

**** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 30 เมษายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 3 มิถุนายน 2562 วันตอบรับบทความ 26 พฤศจิกายน 2562

Abstract

'Lanna' local wisdom related to health is knowledge in caring population health focusing on health stability and placing value on holistic health. This pilot study was designed to explore *Lanna* local wisdom in caring for health promotion of children. Key informants, a total of 52, comprised tradition scholars, traditional healers, and caregivers of children, residing in Chiang Mai Province. Data collection was performed through focus group discussions and in-depth interviews. Data analysis was undertaken by content analysis

The main results of the study illustrated that the spirit beliefs and all kinds of rituals of *Lanna* people were incorporated to child care for their well-being. *Lanna* people advanced their children's readiness in physical, mental, social and spiritual aspects through socialization of family institute along with religion institute, adopting the 'readiness' concept and gradually building up children's knowledge and essential skills for their living. This socialization aimed to enhance their children's quality growth. Caring for child health promotion comprised caring for social-ethics, spiritual, physical, development, and intelligent. The study reflects that child care of *Lanna* people focused on the 'quality' of child development in all health aspects, which had integrated into daily living as habitual rites. Thorough understanding of local wisdom related to health among health professional is crucial for quality child care plan suitable to *Lanna* social and cultural context.

Keywords: *Local wisdom, Lanna local wisdom, Child care, Child health promotion*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กว่าสามทศวรรษที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ผลักดันแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมนับแต่การประชุมนานาชาติครั้งแรกเรื่อง "การสร้างเสริมสุขภาพ: การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่" ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดาในปี พ.ศ. 2529 ได้มีการประกาศกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่นานาประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้มีการขานรับ นำการสร้างเสริมสุขภาพเป็นนโยบายในการพัฒนาสุขภาวะของสังคมภายใต้ยุทธศาสตร์ตามกฎบัตรออตตาวา 5 ประการ คือ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง และการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ (WHO, 1986) เพื่อให้ประชาชนบรรลุสุขภาวะทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา รวมทั้งมีการเรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ในการประชุมดังกล่าวแนวคิดสุขภาพได้ถูกพิจารณาว่าเป็นทรัพยากรสำหรับชีวิตประจำวัน (WHO, 1986) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจึงครอบคลุมการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ จนถึงสุขภาวะของประชาชนทุกกลุ่มอายุ

รัฐบาลประเทศไทยได้กำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมในแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 โดยยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ผลักดันให้ครอบครัว ชุมชน สถาบันศาสนาและการศึกษาร่วมกันพัฒนาเด็กและเยาวชน ให้มีความพร้อมภายใต้ระบบการศึกษาที่มุ่งการเรียนรู้ทั้งปฏิบัติและวิชาการ มีการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย

ให้ความสำคัญการพัฒนาศักยภาพ วิถีการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ พัฒนาระบบการเรียนรู้ การจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย พื้นบ้านและทางเลือกให้มีมาตรฐาน รวมทั้งส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ตั้งแต่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9-11 สะท้อนความสำคัญในการจัดการความรู้ด้านวัฒนธรรมภูมิปัญญาทางสุขภาพ พัฒนาองค์ความรู้ ภูมิปัญญาไทย/ท้องถิ่น โดยการสืบค้น ถอดความรู้ภูมิปัญญาให้เป็นความรู้ที่ผู้อื่นสามารถเรียนรู้ได้ บ่งชี้ความสำคัญของการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมด้านสุขภาพ ในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ได้ให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อสุขภาวะของคนไทยทุกช่วงวัย ทั้งเร่งรัดพัฒนาระบบการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย เสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลให้เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพ เจริญเติบโตเต็มศักยภาพ แข็งแรง พร้อมต่อการเรียนรู้ ร่วมกับความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ (Office of the National Economic and Social Development Board, 2016)

กว่าทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิด 'ความรู้ท้องถิ่น' ภูมิปัญญาไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทยและพื้นบ้าน ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในแวดวงวิชาการด้านมานุษยวิทยาสังคม ด้วยตระหนักว่าเป็นทางเลือกหนึ่งของการพัฒนาสุขภาพ ก่อให้เกิดการฟื้นฟู สืบค้น ถอดความรู้ เพื่อสืบทอดและรักษา 'คุณค่า' ของภูมิปัญญาท้องถิ่น ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยมากขึ้น สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดของสังคมไทยในปัจจุบัน ที่ยอมรับวัฒนธรรมท้องถิ่นที่เน้นสุขภาพแบบองค์รวม (Taoprasert, 2003; Thongsaew, Sethabouppha, & Chanprasit, 2011) ดังแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 หนึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนาจะเน้นการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ก่อให้เกิดการสร้างทางเลือกสุขภาพผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและพื้นบ้าน ทั้งในระบบสุขภาพพอเพียงที่อยู่ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในแผนพัฒนาฯ ดังกล่าว เน้นความสำคัญของการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น ร่วมกับการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค (Office of the National Economic and Social Development Board, 2007) ทั้งนี้เพื่อใช้ประโยชน์อย่างรู้เท่าทัน ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยหรือท้องถิ่น ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องศึกษาหรือมีความรู้ความเข้าใจถึงองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทั้งปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของสุขภาพจากการมองแบบแยกส่วน คือ เรื่องของโรค เป็นสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายชีวิตและสังคม จึงจะสามารถบูรณาการองค์ความรู้ทั้งภูมิปัญญาสากลและท้องถิ่นให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมสังคมที่มีผลต่อวิถีชีวิตของประชาชน เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกวัย

กลุ่มเด็กเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่มีการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยเหตุที่ป้องกันได้ จากรายงานที่ปรากฏ สาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ ความผิดปกติของทารกแรกเกิด พิการหรือบกพร่องแต่กำเนิด การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง จมน้ำ และอุบัติเหตุทางถนน (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2017) จากรายงานดังกล่าวสนับสนุนว่า สาเหตุการตายส่วนใหญ่สามารถปกป้องหรือลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพในเด็กได้ (WHO, 2019) เพื่อลดภาระการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นในเด็ก การเสริมสร้างสุขภาพเด็กซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าจึงมีความสำคัญ สถาบันครอบครัวและชุมชนต้องมีบทบาทร่วมในการดูแล สร้างเสริมปกป้องและรักษาสุขภาพเด็ก สุขภาพเด็กมิได้หมายถึงการปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ต้องเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ ดำรงอยู่ในสังคม

อย่างปกติสุข การดูแลสุขภาพเด็กจึงจำเป็นต้องเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค เพื่อให้เด็กเติบโตอย่างมีศักยภาพ บรรลุสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ โดยมีข้อเสนอแนะว่าการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็ก ควรให้ความรัก ความมั่นคง การดูแลที่ต่อเนื่อง มีการใช้กระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม (Mistry et al. 2012; Rew, Johnson, Jenkins, & Torres, 2004)

เป้าหมายที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพในวัยเด็กที่เป็นเครื่องชี้วัดในการพัฒนาประเทศที่มีความสำคัญเท่ากับระดับรายได้เฉลี่ยของประชากร คือ การป้องกันที่เน้นการป้องกันบาดเจ็บ อุบัติเหตุและการติดเชื้อ ที่ผ่านมาทีมสุขภาพยังให้ความสำคัญน้อยมากในการสร้างเสริมสุขภาพ (Kuo et al., 2009) เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพเด็กที่มีคุณภาพ ในสังคมปัจจุบันทีมสุขภาพเริ่มยอมรับการดูแลสุขภาพที่มีพื้นฐานต่างจากแนวทางชีวการแพทย์ (biomedical model) ดังเช่น แนวคิดที่พัฒนาจากความรู้ดั้งเดิมหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งแต่เดิมมิได้มีการยอมรับอย่างเป็นทางการ และทีมสุขภาพไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควรกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ มีหลักฐานทางวิชาการที่ชี้ให้เห็นบทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการเสริมสร้างสุขภาวะของกลุ่มเด็ก เช่น การศึกษานำร่องที่นำชีกง (gigong) มาใช้ในเด็กวัยเรียนพบว่า ชีกงส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้ พฤติกรรมด้านสังคมและภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (Witt, Becker, Bandelin, Soellner, & Willich, 2005) องค์ความรู้ดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อทีมสุขภาพที่จะต้องมีการผสมผสานแหล่งทรัพยากร คือภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชนร่วมกับองค์ความรู้ทางด้านวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในเชิงวัฒนธรรมในบริบทของแต่ละสังคมที่มีความเป็นอิสระต่อทางเลือกด้านสุขภาพ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นองค์ความรู้ ความสามารถประสบการณ์ที่สั่งสมและสืบทอดกันมา สะท้อนความสามารถและศักยภาพในเชิงแก้ปัญหา การปรับตัว เรียนรู้และสืบทอดไปสู่คนรุ่นใหม่ เพื่อการอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ เป็นมรดกทางวัฒนธรรมของชาติเผ่าพันธุ์หรือวิถีของชาวบ้าน ตามมาตรา 75 แห่งกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2542 กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นควรได้รับการส่งเสริมและใช้ให้เป็นประโยชน์ในเรื่องเกี่ยวข้องวิถีชีวิตชาวบ้าน ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมและท้องถิ่น (Government Gazette, 2007) ภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงอยู่บนรากฐานแนวความคิดการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ ทั้งรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อภูมิปัญญาไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ความเข้าใจภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีความต่างตามระบบนิเวศและสังคมวัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาคยังเป็นสิ่งที่มีความคลุมเครืออยู่มาก ด้วยสาเหตุขาดการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องเริ่มต้นทบทวน ทำความเข้าใจภูมิปัญญาท้องถิ่นทางสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน โดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในวัยเด็ก ยังขาดการรวบรวมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นคุณค่าในเชิงสร้างเสริมสุขภาพของภูมิปัญญา การศึกษาอย่างมีระบบในลักษณะตรวจสอบ ทดลอง ยืนยันความถูกต้องขององค์ความรู้ให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนคุณค่าของภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อสุขภาวะจึงมีความสำคัญ นำไปสู่การฟื้นฟูการสร้างใหม่หรือผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* กับความรู้สมัยใหม่ เพื่อให้ได้วิธีการดูแลสุขภาพร่วมสมัยเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของล้านนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของเด็ก

คำถามการวิจัย

ภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของเด็กเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดการดูแลทางวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล (Cultural care diversity and universal) ของ Leininger & McFarland (2002) นั่นคือ การดูแลทางวัฒนธรรมเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในทุกระยะของวงจรชีวิต รวมทั้งระยะเจ็บป่วยหรือการตายของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและสังคม แบบแผนการดูแลทางวัฒนธรรมจะสอดคล้องกับวิถีชีวิตของบุคคลตามบริบทสังคมวัฒนธรรม ประกอบด้วย การดูแลแบบดั้งเดิมหรือพื้นบ้าน (folk care) ที่ประชาชนเรียนรู้การดูแลตนเองจากการสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น การปฏิบัติดูแลการพยาบาล (nursing care practice) และการดูแลบำบัดแบบสมัยใหม่ (professional-cure care) ซึ่งการดูแลสองประการหลังเป็นการพยาบาลและการแพทย์สมัยใหม่ของศาสตร์ทางตะวันตก

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่ประยุกต์วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อได้ข้อมูล 'มุมมองคนใน' ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลเด็ก ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยบุคคล 3 กลุ่ม คือ 1) ปราชญ์ชาวบ้าน 2) หมอพื้นบ้านล้านนา และ 3) ผู้ดูแลเด็ก ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ อำเภอหางดง อำเภอแม่ริม และอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการคัดเลือกในลักษณะการบอกต่อแบบลูกโซ่ (snow ball technique) ส่วนขนาดของผู้ให้ข้อมูล ใช้หลักการความซ้ำซ้อนของข้อมูล หรือความสามารถในการอธิบายแต่ละสาระประเด็นหลักตามวัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ปราชญ์ชาวบ้านจำนวน 5 ราย หมอพื้นบ้านล้านนา จำนวน 5 ราย ผู้ดูแลเด็ก (ส่วนใหญ่เป็นยาย ย่าของเด็ก) จำนวน 42 ราย รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล ทั้งสิ้น 52 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นประเด็นแนวคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึก แนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความเหมาะสมครอบคลุมของประเด็นการดูแลเด็กจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา และการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คำถามแต่ละข้อจะเป็นการเปิดประเด็นเพื่อค้นหาคำตอบที่เกี่ยวข้องกับ การสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับกลุ่มเด็ก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ดูแลเด็กจำนวน 3 กลุ่ม (กลุ่มละ 8 ราย ส่วนใหญ่เป็นย่า/ยาย) ในสถานที่ชุมชนตามข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการสัมภาษณ์เจาะลึก ทีมผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เจาะลึกที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 5 ราย หมอพื้นบ้านล้านนา จำนวน 5 ราย และผู้ดูแลเด็ก จำนวน 8 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 012/2549 รวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสิทธิยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์ที่พึงมี ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) กำหนดประเด็นหลัก ลงรหัส จัดหมวดหมู่ การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลและหมวดหมู่ต่างๆ ที่วิเคราะห์ได้ ทั้งผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้นำเสนอให้ปราชญ์ชาวบ้าน หมอพื้นบ้าน/หมอเมืองและกลุ่มผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ทบทวน

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อค้นพบอีกครั้ง (member checking) ซึ่งข้อค้นพบเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มว่าถูกต้องตรงกับข้อเท็จจริง

ผลการวิจัย

ภูมิปัญญา *'ล้านนา'* ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของเด็ก

การดูแลสุขภาพเด็กของชาวล้านนาในอดีตครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยเหตุผลร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกัน เมื่อร่างกายไม่สบายจะส่งผลต่อจิตใจ *'...เป็นจะมีการส่งกันเวลาไม่สบายจะส่งกัน เพื่อส่งหน้า ส่งเคราะห์ เป็น(เขา)ว่าใจแข็งมันชนะทุกอย่าง...'* การดูแลเด็กของชาวล้านนาจึงคงความเป็นองค์รวม ครอบคลุมการดูแลด้านสังคม-จริยธรรม ด้านจิตใจ ด้านกาย การสร้างเสริมพัฒนาการและสติปัญญา ตลอดจนอบรมสั่งสอนเพื่อให้เด็กอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

การดูแลด้านสังคม-จริยธรรม: สอนเป็นคนดี ฝึกปรืออาชีพ

การดูแลด้านนี้เน้นการอบรมสั่งสอนมารยาททางสังคม ขัดเกลาให้เด็กมีพัฒนาการด้านสังคมจริยธรรมด้วยหลักการ 'สอนเป็นคนดี ฝึกปรืออาชีพ' ให้เด็กได้เรียนรู้มารยาททางสังคมในชีวิตประจำวัน ดังเช่น การกราบการไหว้ผู้ใหญ่ *'...เห็นคนเฒ่า คนแก่ ต้องสวัสดีหมดคนเฒ่าคนแก่มาแอ่ว(เที่ยว) บ้าน ต้องยกมือไหว้รู้จักไม่รู้จักก็ยกมือไหว้ไป ธรรมเนียมของละอ่อน(เด็ก)...'* เรียนรู้การปฏิบัติต่อผู้สูงวัย บิดามารดาเครือญาติและบุคคลอื่น รวมทั้งสอนจริยธรรม ความดีงาม ความถูกต้อง บิดามารดาจะอบรมสั่งสอนในแบบฉบับ 'พ่อสอนแบบพ่อ' 'แม่สอนแบบแม่' นั่นคือ เด็กชายจะเรียนรู้จากบิดา เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปและที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในสังคม การฝึกปรืออาชีพ เพื่อสืบสานอาชีพต่อจากบิดา เช่น การทำนา (สมัยโบราณ การทำนาเป็นอาชีพหลัก) การเลี้ยงควาย *'...สมมติว่าวันเสาร์วันอาทิตย์ พ่อแม่ให้เลี้ยงควายเนาะ เราก็ต้องไปขี้เกียจไม่ได้...'* การปลูกพืช การจักตอก-จักสาน การก่อสร้าง การแกะสลัก การคล้องช้าง การเป็นหมอยาหรือโหรให้เกิดความรู้ความชำนาญ ส่วนเด็กผู้หญิงจะได้รับการอบรมสั่งสอนจากมารดา ทั้งด้านกิริยามารยาทหรือ 'ทักษะ' ที่มารดาเชี่ยวชาญ เช่น การปั่นฝ้าย การทอผ้า การเย็บปักถักร้อย การทำและถนอมอาหาร *'...เขาจะได้รับการฝึกปรือสอนเช่นว่าแม่ปั่นฝ้าย ก็สอนลูกปั่นฝ้าย แม่ทำอาหารก็จะสอนลูก เย็บปักถักร้อยสอนให้ลูกได้ทำเป็น...'* อีกนัยหนึ่ง เด็กผู้หญิงจะถูกสอนในเรื่องการบ้านการเรือน การดูแลบุคคลในครอบครัวให้มีความสุข รวมทั้งการรักนวลสงวนตัว การปกป้องพรหมจารีย์ โดยใช้ 'ความเชื่อเรื่องผี' เป็นกลวิธีป้องกันทางสังคมล้านนา

การดูแลด้านจิตใจ: สร้างความเชื่อมั่นกล่อมเกลาจิตใจ

สถาบันศาสนา 'วัด' และพระภิกษุยังเป็นแหล่งประโยชน์การดูแลด้านจิตใจ ชาวล้านนาจะเริ่มพาเด็กอายุ 1-2 ปี ไปวัด เพื่อทำพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น ให้พระผูกข้อมือรับขวัญ เสกกระหม่อม ด้วยวัตถุประสงค์ให้เกิดขวัญและกำลังใจ สร้างความมั่นใจว่าจะไม่มีวิญญาณร้ายมารบกวน ทำให้เด็กร้องไห้ หลับไม่สนิท *'เรื่องความเชื่อนี้เป็นเรื่องประหลาด เด็กที่ร้องไห้จ้า ไม่หยุด...เวลาร้อง ตาจะเป่าคาถาไล่ผีให้ ซักแป๊บเดียวก็เงียบไม่ร้องแล้ว มันเป็นความเชื่อลึกซึ้ง ไม่ได้งมงายนะ...'* นอกจากนี้ชาวล้านนานิยมพาเด็กในช่วงอายุ 5-6 ขวบ ซึ่งเริ่มสื่อสารรู้เรื่องไปวัดช่วงวันพระอย่างต่อเนื่องให้เด็กเรียนรู้ ศาสนสถาน (สถานที่อยู่ของศาสนา เช่น โบสถ์ วัด) ศาสนวัตถุ (พระพุทธรูป) ทั้งสอนข้อห้ามข้อปฏิบัติ เช่น ห้ามนั่งที่นั่งของสงฆ์เพราะเป็นของสูง ให้เด็กรู้จักศาสนธรรม คือ พระธรรมคำสั่งสอนของศาสนา และศาสนพิธี กิจของการทำพิธีทุกอย่าง เด็กจึงได้ประโยชน์ในการเรียนรู้ศาสนา รู้จักการทำบุญ นับถือพระ *'...หื้อ(ให้) นับถือพระนับถือเจ้า หื้อมันเข้าวัดหื้อหัดทำบุญ ล่ะอ่อน(เด็ก) มะเดี่ยวมันใจดำ มันไม่เข้าวัดเข้าวา...'* ชาวล้านนาเชื่อมั่นว่าการพาเด็กเข้าวัดส่งผลให้เด็กมีจิตใจอ่อนโยน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้อื่น

การดูแลเด็กด้านกาย: อาหารการกินเพื่อเด็กเติบใหญ่

ชาวล้านนาให้ความสำคัญกับการดูแลเด็กด้านอาหารเพื่อการเจริญเติบโต และเชื่อว่าสุขภาพมารดามีผลต่อสุขภาพเด็ก *'...ขอว่าแม่มีสุขภาพสมบูรณ์ แม่ไม่เป็นโรค ลูกก็สุขภาพสมบูรณ์ มันมาโตย(ด้วย)กันตึงแม่ตึงลูกนะ พอแม่เป็นพยาธิ(โรค) เอาหละลูกก็เป็นโตย....'* มารดาจึงต้องระมัดระวังเรื่องอาหารนับแต่ตั้งครรภ์จนคลอดบุตร งดเว้นอาหารประเภทเนื้อวัว เนื้อควายและผักที่มีกลิ่น เช่น ผักชะอม ผักชะพลู ของหมักดอง รวมทั้งอาหารรสจัด *'...ต้องกินแบบมีประโยชน์ กินให้รู้จังหวะ กินที่ควรกิน ที่ไม่ควรกินก็ไม่ต้องกิน...'* ชาวล้านนาให้คุณค่ายอมรับนมมารดาเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก เชื่อว่านมแม่ดีบริสุทธิ์ ทำให้เด็กแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ เด็กจะได้รับนมมารดาจนอายุประมาณ 2 ปี ส่วนอาหารเสริมอื่นด้วยความเชื่อ 'เด็กถือศีล' ทำให้เด็กได้รับเฉพาะนมมารดาและข้าวกับกล้วยในช่วงแรก ข้าวกับกล้วยถือเป็นอาหารเด็กจะให้ในช่วง 1 เดือนแรกเกิดด้วยความเชื่อทำให้เด็กไม่ร้องกวน นอนหลับสบาย เจริญเติบโตดีและแข็งแรง *'...กิ๋นแต่นมกำเดียว(สักครู่หนึ่ง) มันก็ฮ้อง มันก็จะไห้(ร้องไห้)...ก็ให้กิ๋นข้าวกับกล้วยนะ...เปิ้น (เขา) ว่ามันแข็งแรง...'* ส่วนเนื้อปลาจะเริ่มให้เมื่อเด็กออกเสียงเลียนเสียง 'ปา ปา ปา' เป็นเกณฑ์ในการให้ปลา ถือว่าเด็กออกศีลแล้ว นิยมให้ปลาดุก ปลาช่อน หรือปลาไหล เนื่องจากเป็นปลาสามัญ หาได้ง่ายในท้องถิ่น และอุปมัยให้เด็กลื่นไหล ไม่หกล้มง่าย ดังลักษณะของปลา ส่วนผักจะนิยมให้ผักพื้นบ้าน เพราะช่วยปรับธาตุและระบบการขับถ่าย โดยเฉพาะแกงส้มดอกแค ชาวล้านนานิยมให้เด็กโตรับประทานแกงส้มดอกแคในช่วงเปลี่ยนฤดู เพราะเชื่อว่าดอกแคสร้างเสริมความแข็งแรง ช่วยขับถ่ายเลือดที่ไม่ดีหรือถ่ายน้ำเหลือง

การสร้างสติปัญญา: เฉียบแหลม แม่นยำ

เมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียน ชาวล้านนามี กุศโลบายใช้หลักจิตวิทยา ด้วยพิธีกรรม กินอ้อ 'พิธีอ้อ' เสริมความจำสร้างปัญญา ให้เด็กเกิดความเฉลียวฉลาดในการศึกษาเล่าเรียน การทำพิธีอ้อ จะให้เด็กกินอ้อ (ในทางสรีรศาสตร์คำว่า อ้อ คือ ออ หรือ อ่องออ (ภาษาเหนือ) หมายถึง สมอง การกินอ้อ คือ การกินยาที่มีกฤตยามนต์ ทำให้สมองมีสมรรถภาพในด้านความจำ จำแม่น เป็นพิธีที่ช่วยเสริมกำลังใจในการเล่าเรียน เด็กเกิดความมั่นใจว่าภายหลังการกิน 'อ้อ' ตนจะมีความจำดี มีความเฉลียวฉลาด เป็นคนที่มีหลักเกณฑ์ มีเหตุผล อ้อมีหลายประเภท เช่น *อ้อผะญ๋า* ทำให้เกิดปัญญา สติปัญญาเป็นเลิศ สติปัญญาเฉียบแหลม เรียนหนังสือเก่ง อ้อเว้า(อ้อพูด) เป็นเรื่องเกี่ยวกับวาทศิลป์ คารมคมคาย พูดเก่ง พูดคล่อง ฟังแล้วชวนประทับใจ ร้องเพลงพื้นบ้านเก่ง หรือ อ้อยศศักดิ์ ทำให้มีวาสนา เป็นที่นับถือแก่คนทั่วไป

การทำพิธีอ้อ จะนำไม้อ้อ (เป็นอุปกรณ์สำคัญในการประกอบพิธีอ้อ) มาตัดเป็นท่อนๆ ตามข้อ เท่าๆ กัน บรรจุน้ำผึ้งลงในข้อแต่ละข้อ ผู้ทำพิธีเป็นผู้มีความรู้ด้านพิธีกรรมและคาถา การท่องคาถาเพื่อให้อ้อมีประสิทธิภาพตามเวทมนต์ (เกิดความศักดิ์สิทธิ์) เด็กต้องทำพิธีขอเป็นลูกศิษย์บูชาด้วยกรวยดอกไม้และรับอ้อ (ที่มีน้ำผึ้ง) การกินอ้อต้องขบไม้อ้อให้แตกเพื่อให้เกิดปัญญาแตกฉาน แล้วขว้างอ้อไปข้างหลัง ห้ามเหลียวไปดู เป็นเคล็ดเพื่อปิด 'อดีตกาล' เปรียบเสมือนความโง่ไว้ข้างหลัง และข้างหน้าจะมีแต่ความฉลาด การกินอ้อทำได้ตั้งแต่เด็กอายุ 7 ขวบจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

พิธีอ้อมะพร้าว (บางท้องถิ่น อ้อมะพร้าวหาง่ายกว่าอ้อน้ำผึ้ง) เริ่มให้เด็กกินตั้งแต่อายุ 3-5 ขวบ ผู้ทำพิธีเป็นคนเฒ่าที่ผ่านการบวชเรียน (พ่อน้อย พ่อหนาน) ถือว่าเป็นผู้มีวิชาจะทำการเรียกครูบาอาจารย์มาเข้ามะพร้าว เขียนชื่อเด็ก ชื่อจริงนามสกุล ใส่มะพร้าวแล้วเอาไปใส่จาน จุดธูป 9 ดอก เรียกครูบาอาจารย์ว่า เด็กคนนี้จะมากิน 'อ้อ' เป่าคาถา *ผญ๋า*ปัญญาของพระมหาอาจารย์ปลุกเสกในมะพร้าวให้เด็กกินน้ำมะพร้าว ส่วนเนื้อด้านในให้ไปกินที่บ้านสามารถทำได้หลายครั้ง แล้วเด็กจะได้*ผญ๋า*ปัญญา

(สติปัญญาเป็นเลิศ) ปัจจุบันยังมีการทำพิธีนี้อยู่ในแถบชนบท

การสร้างเสริมพัฒนาการ: ฝึกตามวัย เสริมตามธรรมชาติ

การสร้างเสริมพัฒนาการเด็กจะเป็นไปตามวัยของเด็ก เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจะเน้นพัฒนาการด้านสายตาการมองเห็น ชาวล้านนาสมัยก่อนจะสานปลาตะเพียนโดยใช้ใบมะพร้าว ทาสีเขียวสีแดง ห้อยที่อู่(เปล) เพื่อให้ทารกแรกเกิดได้พัฒนาสายตาการมองเห็น นอกจากนี้ชาวล้านนาจะฝึกเด็ก อายุ 2-3 ขวบให้หัดเดิน โดยใช้ 'อีดอ้อย' อุปกรณ์ฝึกหัดการเดินของเด็กทำจากวัสดุหาง่ายในท้องถิ่น โดยนำไม้ปักลงดิน แล้วเอาไม้ไผ่ทำเป็นกระบอกสวมครอบ ทำเป็นรูตรงไม้ไผ่แล้วผูกด้วยเชือกจะหมุนได้รอบ เวลาเด็กหัดเดิน ไม้ไผ่ก็จะหมุนไปในทิศทางที่หัดเดิน ที่สำคัญชาวล้านนาเชื่อว่าการฝึกเดินจะทำให้เด็ก ได้รับอากาศ แสงแดดตามธรรมชาติ และการสัมผัสธาตุดิน ทำให้เด็กแข็งแรง *'... ถ้าเด็กไม่ได้รับธาตุดิน เด็กก็จะป่วย กระ เสาะ กระแสะ ไม่ค่อยแข็งแรง เป็นโรคนั่นโรคนี่ตลอด...'* ปัจจุบันอุปกรณ์ฝึกหัดการเดินของเด็กอาจมีการดัดแปลง ขึ้นกับวัสดุที่มีในบ้าน แต่ยังคงหลักการเดิม คือ การเอื้อให้เด็กสัมผัสธาตุดิน

นอกจากนี้ ชาวล้านนาสมัยก่อนถือว่า การเล่นเป็นเรื่องของเด็ก บิดามารดาชาวล้านนาจะส่งเสริมให้เด็กเล่นเป็นกลุ่ม ให้เรียนรู้ความรัก ความสามัคคีในกลุ่ม เด็กเมื่ออายุประมาณ 4-5 ปี จะนิยมเล่นม้าก้านกล้วย ปืนก้านกล้วย เมื่ออายุประมาณ 8-9 ปี จะเล่นอีเก็บ (หมากเก็บ) หรือเล่น*อุ่มลี้* หมายถึงการเล่นซ่อนหา ซึ่งมีการวิ่งเล่นกันอย่างสนุกสนาน ถือเป็นการพัฒนาทางสังคมสำหรับเด็ก โดยเฉพาะการเล่นที่เป็นหมู่คณะ และผลของการเล่นก่อให้เกิดความเข้มแข็งด้านร่างกาย หรือการเล่น 'เดินกะลามะพร้าว' ซึ่งมีผลต่อกำลังขา เส้นเอ็น ทำให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรง

การอภิปรายผล

จากสาระหลักของข้อค้นพบที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น 'ล้านนา' ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กจะเห็นได้ว่า การดูแลเด็กนับแต่แรกเกิดเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตของชาวล้านนาที่มองว่าเป็นเรื่อง 'ธรรมชาติ' การดูแลเด็กจึงสอดคล้องกับความเชื่อของชาวล้านนา ที่เชื่อในเรื่องผี การนับถือผี อำนาจเหนือธรรมชาติ ดังนั้น พิธีกรรม ประเพณีต่างๆ จึงถูกบูรณาการในการดูแลเพื่อสุขภาวะของเด็ก จึงเห็นได้ว่าการดูแลเด็กของชาวล้านนาในอดีตสะท้อนการดูแลแบบดั้งเดิมหรือพื้นบ้าน (generic care/folk care) ตามแนวคิดของของ Leininger & McFarland (2002) และคงไว้ซึ่งสุขภาพองค์รวม

ข้อค้นพบการดูแลด้านสังคม จริยธรรม เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สะท้อนว่า ชาวล้านนามีกลวิธีที่งดงามในการอบรมสั่งสอน กล่อมเกลาจิตใจเด็กให้เป็นคนดีมีคุณธรรม เอื้ออาทร รับผิดชอบทั้งชายและหญิง ให้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม การปฏิบัติต่อผู้อาวุโส และการเรียนรู้นั้นค่อยเป็นค่อยไป ใช้หลักการเรียนรู้ เมื่อเด็ก 'พร้อม' โดยใช้การสื่อภาษา 'การรู้ความ' เป็นเกณฑ์ในการเริ่มอบรมสั่งสอน ที่สำคัญการดูแลด้านสังคมจริยธรรม บิดามารดา คือ 'ครู' คนแรกของเด็ก มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สำคัญ คือ แหล่งประโยชน์ด้านศาสนา 'วัด' ให้เกิดประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ที่สำคัญด้านศาสนา 'พระ' จึงเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าบิดามารดาในการกล่อมเกลาการเป็นคนดี มีคุณธรรม เด็กได้เรียนรู้ศาสนธรรม ศาสนพิธีที่ผสมในวิถีชีวิตของชาวล้านนา เกิดการกล่อมเกลาด้านจิตใจให้มีพื้นฐานจิตใจที่ดีงาม มีความอ่อนโยนเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สังคมไทยในยุคปัจจุบันพึงประสงค์ ดังจะเห็นได้จากยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ระบุไว้อย่างชัดเจนในแนวทางการพัฒนา คือ ผลักดันให้ทุกสถาบันทั้งครอบครัว ชุมชนและสถาบันการศึกษาร่วมกันพัฒนาเด็กและเยาวชนให้มีพื้นฐาน

จิตใจที่ดีงาม เป็นคนดี ห่างไกลอบายมุข (Office of the National Economic and Social Development Board, 2007) นอกจากนี้การใช้วัดเป็น 'แหล่งเรียนรู้' ของเด็กชาวล้านนา เป็นอีกหนึ่งกุศโลบาย เพราะวัดเป็นศูนย์กลางชุมชน ศูนย์กลางกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจกรรมทางศาสนา พิธีกรรมต่างๆ ตามประเพณี รวมทั้งกิจกรรมสังคมส่วนรวม เป็นที่พบปะระหว่างสมาชิกในชุมชน (Chompoolong, 2005) เด็กจึงมีโอกาสสูงในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ วัดจึงเป็นสถาบันสำคัญของการเรียนรู้และการสืบทอดภูมิปัญญาที่สำคัญ โดยกระบวนการกล่อมเกลาทางสังคมนับแต่อดีตเป็นต้นมา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เปรียบส่วนหนึ่งของชุมชนที่เป็นสถานที่เรียนรู้อย่างไร้ขอบเขต

ที่น่าสังเกตการดูแล อบรมขัดเกลาเด็กของชาวล้านนาสอดแทรกอยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน ค่อยเป็นค่อยไปตามศักยภาพของเด็ก เป็นการเตรียมพร้อมให้เด็กเติบใหญ่อย่างมีคุณภาพ มีการสร้างอาชีพทั้งหญิงและชายไม่ให้เป็นภาระต่อสังคม อีกนัยหนึ่งคือเป็นคนดีมีคุณภาพของสังคม ชาวล้านนากระทำบนพื้นฐานความตระหนักในภาระรับผิดชอบของบิดามารดาจนเป็นประเพณีนิสัย ปราศจากการกำหนดเป็นแผนพัฒนาสุขภาพดั่งสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นยุคของการเปลี่ยนแปลงกระแสโลกาภิวัฒน์ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวัตถุสูงยิ่ง ที่น่าสนใจการอบรมสั่งสอนเด็กชายและเด็กหญิงมุ่งเน้นต่างกัน ในสมัยโบราณชาวล้านนาจะอบรมสั่งสอนให้เด็กหญิงเตรียมพร้อมต่อการเป็นแม่บ้านแม่เรือน ขณะที่เด็กชายเตรียมพร้อมต่อการสืบสานอาชีพบิดา เป็นผู้รับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม บ่งบอกฝึกวิชาชีพ คือ ภาระรับผิดชอบของครอบครัวร่วมกับสังคม สร้างการ 'เรียนรู้' ให้อยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน เป็นความงดงามยิ่งของภูมิปัญญาล้านนา ประดุจการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

การดูแลเด็กด้านกาย โดยเฉพาะการเจริญเติบโตด้านร่างกาย ชาวล้านนามีความเชื่อว่าสุขภาพมารดาส่งผลต่อสุขภาพเด็ก ซึ่งคล้ายกับแนวคิดวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ที่ระบุว่า ภาวะโภชนาการมารดาส่งผลต่อสุขภาพของเด็กในครรภ์ (Dudek, 2001) ดังนั้นมารดาต้องดูแลระมัดระวังอาหารนับแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ทั้งมารดานิยมให้นมของตนแก่ทารกด้วยความเชื่อว่า นมแม่บริสุทธิ์ ทำให้เด็กสุขภาพแข็งแรงส่งผลต่อจิตใจเด็ก ความเชื่อดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของการแพทย์สมัยใหม่ (Ball & Bindler, 2003) ที่สำคัญ ชาวล้านนาไม่นิยมให้ทารกได้รับนมผสม เพราะเกรงว่าจะทำให้ทารกเป็นคนก้าวร้าว เพราะนมผสมเป็นนมวัวซึ่งมาจากสัตว์ ในบางท้องที่ของล้านนาจึงระบุไว้ชัดว่า 'นมแม่เหมาะสำหรับทารก นมสัตว์เหมาะสำหรับสัตว์' (Sorn-Ngai, 1991) ที่น่าสนใจคือการให้ปลาต่อเด็กของชาวล้านนามีคติความเชื่อทางศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ'เด็กถือศีล' จึงไม่ให้เนื้อสัตว์แก่เด็กจนกว่าเด็กจะออกจากศีล โดยใช้เกณฑ์การออกเสียง *'ปา ปา ปา'* ซึ่งเป็นคำพ้องของ 'ปลา' เป็นเวลาที่เด็กควรได้รับประทานปลา ถ้าพิจารณาจากคำเลียนเสียง *'ปา ปา ปา'* ตามระยะพัฒนาการเด็กจะเลียนเสียงดังกล่าวได้ในช่วง 5-7 เดือน ซึ่งระยะเวลาดังกล่าว กุมารแพทย์ก็แนะนำให้ปลาแก่เด็กเช่นกัน (Thailand Nutrition Division, 2004) แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กในชนบทมักจะล่าช้า และต้องการการกระตุ้น (Sorn-Ngai, 1991) จึงทำให้เด็กได้รับปลาช้ากว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ชาวล้านนานิยมให้เด็กกินปลาดุก ปลาไหล หรือปลาช่อน ทั้งนี้เพราะเป็นปลาที่หาได้ง่ายในชุมชน และด้วยความเชื่อในลักษณะอุปมาอุปมัยสุขภาพเด็กกับลักษณะปลา คือ เพื่อให้เด็กลื่นไหล หกล้มไม่เจ็บดังลักษณะของปลาที่ลื่น ทั้งเชื่อว่าการให้เด็กได้กินปลาจะช่วยให้เด็กเจริญเติบโตได้ดี ซึ่งถ้าพิจารณาเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ก็เกี่ยวเนื่องกับสารโปรตีนในปลาที่ช่วยทำให้ร่างกายเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอนั่นเอง (Dudek, 2001)

เป็นที่น่าสนใจว่าการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กล้านนาในอดีตมีความเป็นทันสมัย สอดรับกับแนวคิดทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวคือ ในช่วงแรกเกิดทารกมีการพัฒนาสายตา การมองเห็น ซึ่งชาวล้านนา

ใช้วิธีการสานปลาตะเพียนที่มีสีสันสะดุดตา (สีเขียว สีแดง) แขวนไว้ที่เปล เพื่อให้เด็กได้พัฒนาการมองเห็น นอกจากนี้การสร้างเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ในเรื่องการหัดเดิน ชาวล้านนาใช้ *'อีดอ้อย'* เป็นอุปกรณ์ฝึกหัดในเด็กเดิน ถือว่าเป็นภูมิปัญญาล้านนาที่สร้างขึ้นโดยอาศัยหลักกลศาสตร์ และที่สำคัญ การหัดเดินชาวล้านนาจะให้เท้าเด็กสัมผัสธาตุดินซึ่งเป็นธาตุที่แข็งแกร่ง การหัดเดินในพื้นราบที่แข็งแกร่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในเวลาหัดเดิน เป็นกลวิธีที่ทันสมัยยิ่ง และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น คือไม้ไผ่ที่ใช้ทำ *'อีดอ้อย'* นอกจากนี้ชาวล้านนามองการเล่นเป็นธรรมชาติของเด็ก ทั้งนิยมให้เด็กเล่นรวมกันเป็นหมู่คณะ เพื่อเสริมสร้างความสามัคคีสร้างความรู้สึกเป็น 'กลุ่ม' ร่วมกัน นอกเหนือจากการเสริมสร้างพัฒนาการด้านร่างกาย ให้ร่างกายแข็งแรง และพัฒนาการด้านจิตใจ คือ ความสนุกสนานและความเบิกบานใจ ซึ่งชนิดการเล่นนั้นเป็นไปตามวัยของเด็ก ความซับซ้อนจะเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กโตขึ้น อุปกรณ์การเล่นล้วนแต่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่หาได้ง่ายในท้องถิ่น เช่น กะลามะพร้าว ไม้ไผ่ เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายกับการศึกษาของ Sathirapanya (2013) ที่พบการเล่นแบบภูมิปัญญาพื้นบ้านภาคใต้มีประโยชน์ต่อการพัฒนาร่างกายและสมอง

ส่วนข้อค้นพบเกี่ยวกับการสร้างเสริมสติปัญญาโดยเฉพาะ 'พิธีอ้อ การกินอ้อ' เป็นพิธีกรรมที่เกิดจากความเชื่อว่า เด็กที่ผ่านพิธีอ้อแล้วจะทำให้มีความจำดี มีสติปัญญาเป็นเลิศ มีความเฉลียวฉลาด เรียนหนังสือเก่ง ถือเป็นภูมิปัญญาล้านนาในการเสริมสร้างกำลังใจที่ใช้หลักจิตวิทยา สร้างเสริมเด็กให้เกิดความมั่นใจในความสามารถตนเองด้วยเชื่อว่ามี 'ครู' 'พลังปัญญา' หรือผู้ให้กำลังใจอยู่กับตนตลอดเวลา นับเป็นพิธีกรรมที่ใช้กุศโลบายที่แยบยลช่วยเสริมสร้างให้เด็กรักการศึกษา รักการเรียนได้ดีวิธีหนึ่ง สมควรที่จะจรรโลงพิธีกรรมดังกล่าวในยุคปัจจุบัน

โดยสรุป การดูแลเด็กของชาวล้านนาเป็นการสร้างและพัฒนาเด็กให้มีความพร้อมด้านกาย จิตใจ คุณธรรม สติปัญญาและสังคม พร้อมต่อการดำรงอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขภายใต้การอบรมกล่อมเกลาจากสถาบันครอบครัวร่วมกับสถาบันศาสนา 'วัด' ให้เป็นคนดีมีคุณภาพ การอบรมขัดเกลาใช้หลัก 'ความพร้อม' ของเด็กค่อยเป็นค่อยไปในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีพในสังคม ทั้งความรู้ด้านสังคม ศาสนาและวิชาชีพ ในการสอนที่เป็นแบบฉบับของชาวล้านนา 'พ่อสอนแบบพ่อ แม่สอนแบบแม่' นับเป็นความงดงามของการดูแลเด็กในสมัยโบราณที่สอดแทรกในวิถีชีวิตจนเป็นประเพณีนิสสัย ผลการศึกษาเป็นการจุด ประกาย 'ความสนใจ' สร้าง 'ความตระหนัก' ต่อคุณค่าของภูมิปัญญาท้องถิ่นล้านนาในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก เป็นจุดเริ่มต้นทำความเข้าใจในรากเหง้าและพลังวัฒนธรรมด้านสุขภาพ การพัฒนาในอนาคตจำเป็นต้อง 'รู้จัก' วัฒนธรรม 'เข้าใจ' ภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่สั่งสมสืบสานมาช้านาน โดยเฉพาะในยุคโลกาภิวัตน์ การ'เรียนรู้'จะก่อให้เกิดแนวทางที่ผสมผสานบูรณาการ 'ของดีมีคุณค่า' (ภูมิปัญญา) ที่มีอยู่เป็นต้นทุนเดิมกับวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ ที่ต้องมีการใช้สติปัญญาในการ 'คัดเลือก' ให้เหมาะสมกับบริบทสังคม เพื่อดำรงอยู่ร่วมกันอย่างมีดุลยภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพ แต่ทั้งนี้ยังต้องการการศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้กว้างขวางและลึกซึ้งมากกว่าการศึกษาปัจจุบัน เพื่อถอดรหัสความรู้ที่อยู่ในภูมิปัญญาท้องถิ่นล้านนาให้เป็นความรู้ที่เปิดเผย สรรค์สร้างประโยชน์ทางสุขภาพในสังคมยุคปัจจุบันอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: พยาบาลควรผสมผสาน ยอมรับ ทำความเข้าใจแนวคิดภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* เพื่อพัฒนาการวางแผนดูแลสุขภาพของเด็กทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและการบำบัดรักษา โดยเฉพาะพิธีกรรมที่ช่วยสร้างเสริมความมั่นใจให้กับบิดามารดา โดยไม่ขัดแย้งกับการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรม เป็นที่ยอมรับในกลุ่มผู้ใช้บริการ

ด้านการศึกษา: ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ควรส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดแนวคิดและตระหนักในความสำคัญของการเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* ในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก รวมทั้งจัดให้นักศึกษามีประสบการณ์จริงในชุมชน ที่ยังคงมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น *'ล้านนา'* ในการดูแลเด็ก เพื่อเรียนรู้จากสภาพการณ์จริง เป็นการอนุรักษ์ คุณค่าภูมิปัญญาท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเจาะลึกในประเด็นต่างๆ ทุกประเด็นของการดูแลสุขภาพทั้งการสร้างเสริม การปกป้องและการบำบัดเยียวยาเด็ก เพื่อให้ได้ภาพรวมที่อธิบายได้ครอบคลุมลึกซึ้งกว่าการศึกษานำร่องในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2003). *Pediatric nursing: Caring for children. (3rd ed.).* New Jersey: Pearson Education.

Chompoolong, N. (2005). *Local knowledge to learning (revised version).* Maha Sarakham: Apichart Printing. (In Thai)

Dudek, S. G. (2001). *Nutrition essentials for nursing practice.* Philadelphia: Lippinncott Williams & Wilkins.

Government Gazette. (2007). *National health act 2007.* Retrieved from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/hpp_act_ebook58_08_07_453.pdf (In Thai)

Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME]. (2017). *Global burden of disease.* Retrieved from https://www.khaosod.co.th/lifestyle/news_3043316 (in Thai)

Kuo, A. A., Inkelas, M., Maidenberg, M., Lotstein, D. S., Samson, K. M., & Halfon, N. (2009). Pediatricians' roles in the provision of developmental services: An international study. Journal of Developmental and Behavioral pediatrics, 30, 331-339.

Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice. (3rd ed.). New York: McGraw Hill.

Mistry, K. B., Minkovitz, C. S., Riley, A. W., Johnson, S. B., Grason, H. A., Dubay, L. C., & Guyer, B. (2012). A new framework for childhood health promotion: The role of policies and programs in building capacity and foundations of early childhood health. *American Journal of Public Health, 102*(9), 1688-1696.

Office of the National Economic and Social Development Board. (2007). *National economic and social development plan No.10 (2007-2011).* Retrieved from http://www.ldd.go.th/Thai-html/05022007/PDF/PDF01/index.htm (In Thai)

Office of the National Economic and Social Development Board. (2016). *National economic and social development plan No. 12 (2017-2021).* Retrieved from http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf (In Thai)

Rew, L., Johnson, R. J., Jenkins, S. K., & Torres, R. (2004). *Developing holistic nursing practice. (5th ed.).* New Jersey: Pearson Education.

Sathirapanya, C. (2013). Southern folk knowledge in promoting maternal and child mental health. *Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities, 19*(3), 81-120. (In Thai)

Sorn-Ngai, C. (1991). *Feeding patterns and nutritional status of young children in a rural area of Chiang Mai Northern Thailand.* (Master Thesis of Medical Science), University of Western Australia.

Taoprasert, S. (2003). *Way of health maintenance in the Lanna folk medicine system.* Chulalongkorn University Book Center. Wanida Press. (in Thai)

Thailand Nutrition Division. (2004). *Baby food.* Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health. (In Thai)

Thongsaew, N., Sethabouppha, H., & Chanprasit, C. (2011). "Lanna" local wisdom for health care among people with alcohol dependence. *Nursing Journal, 38*(3), 110-121. (In Thai)

Witt, C., Becker, M., Bandelin, K., Soellner, R., & Willich, S. N. (2005). Qigong for schoolchildren: A pilot study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 11,* 41-47.

World Health Organization [WHO]. (1986). *The Ottawa charter for health promotion.* Retrieved from https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

World Health Organization [WHO]. (2019). *Children: Reducing mortality.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality.

การวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Situational analysis of Breast Cancer Screening in Lahu Women at Pa Pong Sub-District, Doi Saket District, Chiang Mai Province

ธัญทิพย์	คงเสถียรพงษ์ *	Tantip	Kongsathienpong *
วิลาวัณย์	เตือนราษฎร์ **	Wilawan	Tuanrat **
ศิวพร	อึ้งวัฒนา **	Sivaporn	Aungwattana **

บทคัดย่อ

การคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นการดำเนินการที่ช่วยลดอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคมะเร็งเต้านมได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของ Donabedian (2003) as cited in Kumchun(2013) ในด้านโครงสร้าง กระบวน และผลลัพธ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน กลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน และกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี จำนวน 125 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์รายบุคคล 3) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ด้านโครงสร้าง 1) มีสถานที่เพียงพอต่อการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 2) มีการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านม 3) มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติในการคัดกรองมะเร็งเต้านม 4) มีอุปกรณ์ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมแต่ไม่เพียงพอ 5) มีงบประมาณที่ใช้ดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านม 6) มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถในการคัดกรองมะเร็งเต้านม 7) มีองค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการคัดกรองมะเร็งเต้านม 8) มีนโยบายในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านม และ 9) มีแผนในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านม

ด้านกระบวนการ พบว่า มีการค้นหากลุ่มเสี่ยง มีการคัดกรองมะเร็งเต้านม และมีระบบการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจรในสตรีชนเผ่าลาหู่

ด้านผลลัพธ์ พบว่า อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ต่ำกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่บรรลุตามตัวชี้วัดของแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแนวทางและออกแบบระบบการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับบริบทของสตรีชนเผ่าลาหู่ต่อไป

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, Doi Saket Hospital*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 25 กุมภาพันธ์ 2564 วันตอบรับบทความ 15 มีนาคม 2564

คำสำคัญ: *การวิเคราะห์สถานการณ์, การคัดกรองมะเร็งเต้านม, ในสตรีชนเผ่าลาหู่*

Abstract

Breast cancer screening is a process that can help to reduce morbidity and mortality from breast cancer. This study aimed to situationally analyze breast cancer screening for Lahu women at Pa Pong Sub-district, Doi Saket District, Chiang Mai, using the Donabedian Model for Evaluating the Quality of Medical Care (2003) in the aspects of structure, process, and outcome. The three sampling groups, acquired using purposive sampling method, consisted of two public health officials, six Lahu women who were village health volunteers, and 125 Lahu women aged between 30-70 years old. The instruments used were, 1) general information interview form; 2) individual interview forms and 3) questionnaire for breast cancer screening process developed by the researcher. The data were analyzed using descriptive statistics and categorizing information.

The results showed that:

In the aspect of structure, 1) there were enough locations to provide breast cancer screening services; 2) the screening process was standardized; 3) there were a manual and/or guidelines for breast cancer screening; 4) there were not enough equipment for breast cancer screening; 5) there were budgets for the breast cancer screening; 6) the public health officials were capable of breast cancer screening; 7) there were organizations or authorities responsible for breast cancer screening; 8) there was a policy to conduct breast cancer screening; and 9) plans to conduct breast cancer screening.

Regarding the aspect of process, there was a search for a breast cancer risk group, breast cancer screenings, and a comprehensive referral system for diagnosis and treatment for Lahu women.

For the aspect of outcome-wise, breast cancer screening rate in Lahu women was less than 80 percent, but the goal was till not achieved according to the indicators of the Ministry of Public Health.

This information can be used as a foundation in formulating and designing breast cancer screening systems that are appropriate for the context of Lahu women.

Keywords: *Situational Analysis, Breast Cancer Screening, Lahu Women*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องด้วยมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของสตรีไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากมะเร็งปอด โดยพบอัตราป่วย 25.6 ต่อประชากร 1 แสนคน (National Cancer Institute, 2013) ในระดับภูมิภาค ปี พ.ศ. 2557 ภาคเหนือมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่ง โดยค่าเฉลี่ยอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิงจังหวัดภาคเหนือ มีค่าเท่ากับ 27.9 ต่อประชากร 1 แสนคน และพบอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมสูงสุดที่จังหวัดแพร่ โดยมีอัตราอุบัติการณ์ 32.8 ต่อประชากร 1 แสนคน รองลงมาได้แก่ ลำพูน เชียงใหม่ พิษณุโลก

และ ลำปาง คืออัตราอุบัติการณ์ 32.5, 27.3 25.8 และ 25.6 ต่อประชากร 1 แสนคน ตามลำดับ (Lalitwongsa, 2014)

การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมจะส่งผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในระดับบุคคล หากสตรีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด หวาดกลัวต่อโรค และการรักษาที่ได้รับ (Wicha, 2013) ในระดับครอบครัวจะส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อบุตร และในระดับชุมชนสตรีมีบทบาทในการพัฒนาชุมชน และท้องถิ่น หากกลุ่มหรือองค์กรต้องสูญเสียสตรีจากมะเร็งเต้านมย่อมส่งผลต่อชุมชนตามมา จากการศึกษาของ Vijarnpreecha (2015) เกี่ยวกับการบูรณาการหลักพุทธธรรมต่อความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า แหล่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) การสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท คนใกล้ชิดหรือญาติ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเผชิญปัญหาและจัดการกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไม้แดง ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดำเนินการตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ตามแผนยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention) และตามแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention) ในปี พ.ศ.2560-2562 โดยมีขั้นตอนดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหากลุ่มเสี่ยงในสตรีอายุระหว่าง 30-70 ปี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข 3) การส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจร ผลการดำเนินงานพบว่า มีสตรีที่ไม่เคยได้รับการตรวจเต้านมเลย ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 191 คน แบ่งเป็นสตรีไทย 86 คน สตรีชนเผ่า 105 คน คิดเป็นร้อยละ 45.03, 54.97 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2561 พบสตรีที่ไม่เคยได้รับการตรวจเต้านมเลยจำนวน 110 คน แบ่งเป็นสตรีไทย 43 คน สตรีชนเผ่า 67 คน คิดเป็นร้อยละ 39.09, 60.91 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2562 พบว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับการตรวจเต้านมเลย จำนวน 81 คน แบ่งเป็นสตรีไทย 21 คน สตรีชนเผ่า 60 คน คิดเป็นร้อยละ 25.93, 74.07 ตามลำดับ (Pa Pong Health Promoting Hospital, 2019). จากการดำเนินงานจะเห็นว่ายังมีสตรีที่ไม่เคยได้รับการตรวจเต้านมเลยจำนวนมาขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในสตรีชนเผ่าลาหู่ เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ส่งผลให้การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขมีน้อย อีกทั้งชนเผ่าลาหู่มีความเชื่อในภูตผีปีศาจ หากมีการเจ็บป่วยไม่สบายส่วนใหญ่จะรักษาโดยหมอของชนเผ่า เพื่อทำการประกอบพิธีกรรม หรือทำนายทายทัก การประกอบพิธีกรรมจะส่งผลทางด้านจิตใจ ซึ่งคิดว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยแล้ว และยังมีความเชื่อในการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยสมุนไพรพื้นบ้านหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นผสมผสานกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการคัดกรองมะเร็งเต้านม ในภาวะที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค สตรีชนเผ่ามองเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว อาจเนื่องด้วยการขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมที่ถูกวิธี หรือมีความอายไม่กล้าที่จะให้ใครตรวจ จึงขาดความสนใจในการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

จากสถานการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าระบบการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีชนเผ่าลาหู่เป็นระบบที่จำเป็นต้องศึกษา เนื่องด้วยระบบดังกล่าวไม่สามารถดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ อาจด้วยเนื่องจากการออกแบบระบบบริการยังไม่เหมาะสมกับบริบทปัญหาของกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ และการขาดข้อมูลสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงเห็นควรที่จะทำการวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อที่จะช่วยให้ทราบถึงปัญหาเชิงลึกและกว้าง สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่สตรีชนเผ่าลาหู่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านโครงสร้างการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านกระบวนการการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านผลลัพธ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

1. โครงสร้างการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

2. กระบวนการการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

3. ผลลัพธ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์ของ Donabedian (2003) as cited in Kumchun (2013) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง หมายถึง ทรัพยากรที่เป็นปัจจัยในการสนับสนุน ได้แก่ สถานที่ มาตรฐาน คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ อุปกรณ์ งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ความสามารถของบุคลากรองค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ นโยบาย และแผนงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ 2) ด้านกระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ การค้นหา การคัดกรอง การส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจร 3) ด้านผลลัพธ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากการดำเนินงาน ได้แก่ อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ในการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแนวทางและออกแบบระบบการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับบริบทของสตรีชนเผ่าลาหู่ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 133 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน กลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน ที่สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาไทยและภาษาลาหู่ และกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปีจำนวน 125 คน ที่มีประสบการณ์การรับการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลาเฉลี่ยคนละ 60 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์รายบุคคลที่มีโครงสร้างแนวคำถามเป็นลักษณะปลายเปิด และแบบสอบถามที่มีผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของโดนาบีเดียน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อรวบรวมข้อมูล ด้านโครงสร้างได้แก่ สถานที่ มาตรฐาน คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ อุปกรณ์ งบประมาณ ความสามารถของบุคลากรองค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ นโยบาย และ

แผนงานที่เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ด้านกระบวนการ ได้แก่ การค้นหา การคัดกรอง และการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจร และด้านผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ส่วนที่ 3 ข้อมูลจากแบบสอบถามในสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปีเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านกระบวน ได้แก่ การค้นหา การคัดกรอง การส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจรรวมทั้งข้อมูลจากทะเบียนรายงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไม้แดงในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไม้แดง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การสัมภาษณ์ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำการสัมภาษณ์ในวันทำการช่วงเวลาระหว่าง 15.00-17.00น. ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไม้แดง กลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำการสัมภาษณ์ที่บ้านในวันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเวลาระหว่าง 18.00-20.00น. และกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี ในวันอาทิตย์ช่วงเวลา 10.00-12.00น. โดยใช้สถานที่ในคริสตจักรตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ใช้เวลาในการวิเคราะห์สถานการณ์ 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และจัดหมวดหมู่เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยได้รับการรับรองสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2563-024 วันที่อนุมัติ 13 เมษายน 2563 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ได้ทุกเวลา และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ทันทีที่ต้องการ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับโดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้จะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาในการค้นคว้าอิสระเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลจากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์โดยการนำข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนา และปรับปรุงงานคัดกรองมะเร็งเต้านม มาจัดเป็นหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย 1 คน และเพศหญิง 1 คน มีอายุ 43 ปีและ 34 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี 1 คน และปริญญาโท 1 คน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน และตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงานจำนวน 1 คน ทั้งหมดมีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมมากกว่า 10 ปี

2. กลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน มีอายุเฉลี่ย 39.33 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 รองลงมาคือ อนุปริญญา ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 50 มีประสบการณ์ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเฉลี่ย 4.67 ปี และกลุ่มตัวอย่างเคยผ่านการอบรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขทุกคน

3. กลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี จำนวน 125 คน มีอายุเฉลี่ย 46.73 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.20 ได้รับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 42.40 และมีผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 35.20 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,293.60 บาท โรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.21 รองลงมาคือ ไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 28.57 เคยได้รับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 52.80 และไม่เคยตรวจเลย ร้อยละ 24.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มสตรีชนเผ่า ลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ด้านโครงสร้างในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่

1. ทรัพยากรที่เป็นปัจจัยในการสนับสนุน ได้แก่ สถานที่ มาตรฐาน คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ อุปกรณ์ รวมไปถึงงบประมาณ พบว่า 1.1) มีสถานที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ แบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไม้แดง ประกอบด้วย ห้องให้ สุขศึกษาจำนวน 1 ห้อง และห้องตรวจเต้านมจำนวน 1 ห้อง ในส่วนของชุมชนมีการจัดสถานที่ในการตรวจตามหมู่บ้านต่างๆ ที่มีการรณรงค์ เช่น ศาลา อาคารอเนกประสงค์ เพื่อใช้ตรวจคัดกรองเป็นการชั่วคราว 1.2) มีการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข 1.3) มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่เฉกเช่นเดียวกันกับสตรีไทย แตกต่างกันเพียงว่า ในกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่จะกระทำโดยการสื่อสารผ่านสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน ที่ผ่านการอบรมกระบวนการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกกิจกรรม และทุกขั้นตอน 1.4) มีอุปกรณ์ในการคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ ชุดสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (เต้านมเทียม) จำนวน 1 ชุด แต่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน 1.5) มีงบประมาณที่ใช้ดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ มาจากงบประมาณ 2 ส่วน คือ 1) งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2) งบประมาณจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นของตำบลป่าป้อง ซึ่งอาจจะไม่ได้รับทุกปี ขึ้นอยู่กับการพิจารณาขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ ความสามารถของบุคลากร องค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบาย และแผนงานต่อระบบการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ พบว่า 2.1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสามารถในการคัดกรองมะเร็งเต้านมและสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน มีความสามารถในการค้นหากลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม เนื่องจากได้ผ่านการอบรมกระบวนการทำงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกกิจกรรม และทุกขั้นตอน ร้อยละ 100 2.2) มีองค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ โดยเป็นหน่วยงานของภาครัฐบาล ประกอบไปด้วย 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านป่าไม้แดง 2) โรงพยาบาลดอยสะเก็ด 3) สำนักงานเทศบาลตำบลป่าป้อง 4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช) 2.3) มีการกำหนดนโยบาย และ 2.4) มีการกำหนดแผนการดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่โดยมีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหากลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม 2) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 3) การส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจร

ด้านกระบวนการในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่

1. การค้นหากลุ่มเสี่ยงในสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปีโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการซักประวัติทั่วไป ตรวจร่างกายและตรวจเต้านมเพื่อประเมินความผิดปกติ

3. การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจรเมื่อได้รับการตรวจเต้านมจากบุคลากรสาธารณสุขแล้วพบความผิดปกติจะดำเนินการตามระบบการส่งต่อตามสิทธิการรักษา

ด้านผลลัพธ์ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่

สตรีชนเผ่าลาหู่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตามตัวชี้วัดของแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในยุทธศาสตร์ที่ 2 คือได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปีครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ต่อปี จากการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2560-2563 คิดเป็นร้อยละ 22.79, 54.72, 62.26, 66.04 ตามลำดับ พบว่าการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย เนื่องจากการคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นการคัดกรองในภาวะที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค สตรีชนเผ่าลาหู่จึงมองเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลจากแบบสอบถามด้านกระบวนการของสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามรายข้อการค้นหากลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มี อายุ 30-70 ปี (n=125)

การค้นหากลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	106 (84.80)	10 (8.00)	9 (7.20)
2. ทราบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า หากตรวจพบความผิดปกติของเต้านม เช่น มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ เต้านมบิดเบี้ยว เป็นต้น อาการเหล่านี้มีความเสี่ยง	109 (87.20)	6 (4.80)	10 (8.00)
3. ตัวท่านเองมีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม	23 (18.40)	38 (30.40)	63 (51.20)

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า หากตรวจพบความผิดปกติของเต้านม เช่น มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ เต้านมบิด เบี้ยว เป็นต้น อาการเหล่านี้มีความเสี่ยงมะเร็งเต้านม ร้อยละ 87.20 ได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 84.80 และไม่แน่ใจว่าตนเองมีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 51.20

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามรายข้อเหตุผลของการมาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุ 30-70 ปี (n=125)

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	จำนวน	ร้อยละ
1. ได้รับการตรวจเต้านมหรือตรวจอาการผิดปกติของเต้านม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
เคยได้รับการตรวจ *	98	78.40
กลัวเป็นมะเร็งเต้านม	69	23.47
ญาติหรือเพื่อนแนะนำ	57	19.39
แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ	61	20.72
ไม่เคยได้รับการตรวจ *	27	21.60
ไม่มีเวลาตรวจ	13	30.25
คิดว่าตนเองไม่เป็นโรคมะเร็งเต้านม	10	23.25
ไม่สะดวกที่จะตรวจ	12	27.91

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการตรวจเต้านมหรือตรวจอาการผิดปกติของเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.40 สาเหตุที่เคยได้รับการตรวจเต้านมมากที่สุดคือ กลัวเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 23.47 รองลงมาคือ แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ร้อยละ 20.72 แต่ยังพบว่าไม่เคยได้รับการตรวจเต้านม ร้อยละ 21.60 สาเหตุที่ไม่เคยได้รับการตรวจมากที่สุดคือ ไม่มีเวลาตรวจ ร้อยละ 30.25 รองลงมาคือ ไม่สะดวกที่จะตรวจ ร้อยละ 27.91

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามรายข้อการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาของกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุ 30-70 ปี (n=125)

การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษา	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. หากตรวจพบความผิดปกติของเต้านมจะมารับบริการตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	122 (97.60)	2 (1.60)	1 (0.80)
2. หากบุคคลในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนตรวจพบความผิดปกติของเต้านมจะแนะนำให้มาตรวจซ้ำกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	121 (96.80)	3 (2.40)	1 (0.80)
3. หากตรวจพบความผิดปกติของเต้านมจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทันที	121 (96.80)	3 (2.40)	1 (0.80)

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบว่าหากตรวจพบความผิดปกติของเต้านมจะมารับบริการตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 97.60 หากบุคคลในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนตรวจพบความ

ผิดปกติของเต้านมจะแนะนำให้มาตรวจซ้ำกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 96.80 และทราบว่าหากตรวจพบความผิดปกติของเต้านมจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทันที ร้อยละ 96.80

การอภิปรายผล

การศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ตำบลป่าป้อง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ด้านโครงสร้าง

1.1 ทรัพยากรที่เป็นปัจจัยในการสนับสนุน

1) สถานที่ พบว่า มีสถานที่เพียงพอในการให้บริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน ซึ่งในสถานบริการมีการจัดห้องให้บริการตรวจเต้านมอย่างเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย ห้องให้สุขศึกษา และห้องตรวจเต้านม และในชุมชนในช่วงที่ดำเนินการรณรงค์คัดกรองมะเร็งเต้านมมีการจัดสถานที่ในการให้บริการตามหมู่บ้านต่างๆ เพื่อใช้ตรวจคัดกรองเป็นการชั่วคราว เช่น ศาลา หรืออาคารอเนกประสงค์ ซึ่งการจัดการสถานบริการที่ได้สัดส่วน มีความความปลอดภัยและถูกสุขลักษณะนั้น จะทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยบริการและได้รับการยอมรับศรัทธาของผู้มารับบริการ (Environmental Health Office, Department of Health, Ministry of Public Health, 2016)

2) มาตรฐาน พบว่า มีมาตรฐานในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่เฉกเช่นเดียวกับสตรีไทย โดยมีการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ สตรีที่มีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 80 และสตรีที่มีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 80 (Chiang Mai Health, 2019b). ในการกำหนดมาตรฐานและแนวทางในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพนั้น จะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2019)

3) คู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ พบว่า มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่เฉกเช่นเดียวกันกับสตรีไทย ได้แก่ 1) สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2) แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดย อสม. (Breast 1) และ 3) แบบฟอร์มคัดกรองมะเร็งเต้านมรายบุคคล BCI (Breast Cancer Individual record Form) เพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม การมีคู่มือการปฏิบัติงานจะช่วยทำให้การทำงานง่ายขึ้น ได้งานมาตรฐานเดียวกันกับองค์กรและเกิดประสิทธิภาพของงาน (Punrat, 2013)

4) อุปกรณ์ พบว่า มีอุปกรณ์ที่ใช้คัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ โดยได้รับการสนับสนุนชุดตรวจเต้านมด้วยตนเอง (เต้านมเทียม) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 ชุด ซึ่งอุปกรณ์ยังมีไม่เพียงพอต่อความต้องการ เนื่องจากขาดงบประมาณในการสนับสนุนการจัดซื้ออุปกรณ์ เนื่องจากชุดตรวจเต้านมมีราคาแพง จึงทำให้ไม่ได้รับการพิจารณา

5) งบประมาณ พบว่า งบประมาณที่ใช้ดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ในส่วนของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตามปัญหาของพื้นที่ (PPA: protection prevention area based) และงบประมาณจากเทศบาลตำบลป่าป้อง ซึ่งอาจจะไม่ได้รับทุกปี ขึ้นอยู่กับการพิจารณาขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และโดยภาพรวมของจำนวนงบประมาณที่ได้รับ พบว่าไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน

1.2 ทรัพยากรบุคคล

1) ความสามารถของบุคลากร พบว่า

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไม้แดง และสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ความสามารถในการคัดกรองมะเร็งเต้านม เนื่องจากได้รับการอบรมเรื่องมะเร็งเต้านมและการคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นประจำทุกปี และมีประสบการณ์และทักษะในการทำงานเป็นระยะเวลานานกว่า 10 ปี ซึ่งการมีประสบการณ์ในการปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความรู้ความชำนาญมากขึ้น และจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งที่ปฏิบัติ (Kumchun, 2013)

2) องค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ พบว่า มีองค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ โดยเป็นหน่วยงานของภาครัฐ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไม้แดง มีบทบาทหน้าที่หลักในการการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี 2) โรงพยาบาลดอยสะเก็ดในฐานะที่เป็นหน่วยรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ 3) สำนักงานเทศบาลตำบลป่าป้อง เป็นองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนเงินงบประมาณ และ 4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีหน้าที่บริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน เพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน

3) นโยบาย พบว่า มีนโยบายในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่เฉกเช่นเดียวกับสตรีไทย โดยกำหนดนโยบายการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมตามยุทธศาสตร์การดำเนินการทางด้านมะเร็งเต้านม คือ 1) ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention) 2) ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention) ซึ่งมีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหากลุ่มเสี่ยงในสตรีอายุระหว่าง 30-70 ปี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข และ 3) การส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจร (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018) การมีนโยบายที่ชัดเจนจะทำให้การปฏิบัติงานง่ายขึ้น และมีประสิทธิภาพ นโยบายจะเป็นตัวที่ชี้แนวทางให้การปฏิบัติงานขององค์การให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018)

4) แผนการดำเนินงาน พบว่า มีแผนในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ โดยการนำนโยบายแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565) โดยมีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหากลุ่มเสี่ยง อายุระหว่าง 30-70 ปีโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข 3) การส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจร (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018) Policy and Strategy Office (2014) ได้กล่าวว่า การทำแผนจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้คิดไตร่ตรอง อย่างรอบคอบว่าจะทำอะไร มีความจำเป็นที่จะต้องทำหรือไม่ อย่างไร ใครจะเป็นผู้ดำเนินงาน และทำในกลุ่มใด เพื่อใช้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2. ด้านกระบวนการ

2.1 การค้นหาสตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม พบว่า มีการดำเนินการค้นหากลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ โดยสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าดำเนินการค้นหากลุ่มเสี่ยงในสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี ตามพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย จากผลการดำเนินงานพบว่า สตรีชนเผ่าลาหู่มีความเสี่ยงมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2561-2563 ร้อยละ 27.02, 25.78, 25.78 และจากทะเบียนรายงานการคัดกรองมะเร็งเต้านม ในปี 2562-2563 พบว่ากลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ที่พบความเสี่ยงเป็นบุคคลคนเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าภายใน 2 ปีที่ผ่านมายังไม่พบกลุ่มเสี่ยงรายใหม่เกิดขึ้น ซึ่งหากค้นพบมะเร็งเต้านมได้ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าในระยะท้ายๆ (National Cancer Institute, 2013)

2.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม พบว่า มีการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ หากพบว่าสตรีชนเผ่าลาหู่มีความเสี่ยงหรือตรวจพบความผิดปกติของเต้านม จะได้รับการตรวจซ้ำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไม้แดง ซึ่งผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2561-2563 ร้อยละ 54.72, 62.26, 66.04 โดยสตรีชนเผ่าลาหู่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 3.78 ซึ่งการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง สามารถคัดกรองมะเร็งได้อย่างรวดเร็ว (National Cancer Institute, 2013)

2.3 การส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างครบวงจร พบว่า มีการใช้ระบบการส่งต่อในสตรีชนเผ่าลาหู่เฉกเช่นเดียวกับสตรีไทย โดยมีขั้นตอนคือ 1) ประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลดอยสะเก็ด เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าพบแพทย์ 2) เขียนใบส่งตัว โดยระบุความผิดปกติที่ตรวจพบ 3) ให้คำแนะนำขั้นตอนรับการตรวจของโรงพยาบาลดอยสะเก็ด 4) อธิบายสิทธิการรักษา จากผลการดำเนินงาน ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่าไม่มีการส่งต่อสตรีชนเผ่าลาหู่ที่มีความเสี่ยงมะเร็งเต้านมไปรับการรักษายังโรงพยาบาลดอยสะเก็ดหรือโรงพยาบาลอื่นๆ เลย ซึ่งกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและทันท่วงที (Nursing Division, Ministry of Public Health, 2019)

3. ด้านผลลัพธ์

3.1 อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ พบว่า สตรีชนเผ่าลาหู่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตามตัวชี้วัดของแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ต่อปีครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ต่อปี ในปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 22.79, 54.72, 62.26 ตามลำดับ และผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 66.04 พบว่าการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย เนื่องจากในด้านการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งภาวะที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค สตรีชนเผ่ามองเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านโครงสร้าง

1.1 ควรมีการสนับสนุนบุคลากรให้มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในด้านการค้นหา และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และขยายแกนนำสตรีชนเผ่าลาหู่ให้มีจำนวนมากขึ้นเพื่อรองรับกับจำนวนสตรีชนเผ่าที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

1.2 องค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีการจัดทำแผนงานโครงการหรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์สาธิตการตรวจเต้านมให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน

1.3 ควรมีการจัดทำสื่อด้วยภาษาลาหู่ เช่น เพลง วิดีโอสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น และมีการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้านชุมชนลาหู่สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

2. ด้านกระบวนการ

2.1 ควรมีการสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมายในสตรีชนเผ่าลาหู่ก่อนเข้าดำเนินการคัดกรองมะเร็งเต้านม เพื่อให้ทราบจำนวนที่แท้จริงและใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานได้รวดเร็วขึ้น

2.2 ในขั้นตอนการส่งสตรีชนเผ่าลาหู่ที่พบความเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น ควรมีการแนะนำให้นำญาติหรือผู้ใกล้ชิด เช่น บุตรสาว พี่สาว น้องสาว อย่างน้อย 1 คนพร้อมกับกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และเพื่อเป็นการขยายผลการดำเนินการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

3. ด้านผลลัพธ์

3.1 ควรมีการนำเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารและคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อรับทราบปัญหา และหาแนวทางในการดำเนินงานในระดับอำเภอต่อไป

3.2 พื้นที่ควรนำผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ เสนอแก่องค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทปัญหาของกลุ่มสตรีชนเผ่าลาหู่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาด้านความเชื่อ และวัฒนาธรรมที่มีผลต่อการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่

2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนเผ่าลาหู่ สำหรับสตรีชนเผ่าลาหู่ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

Chiang Mai Health. (2019b). *Cancer department service plan.* Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2018). *Action plan monitoring scheme B.C. 2018.* Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

Environmental Health Office, Department of Health, Ministry of Public Health. (2016). *Healthy work place.* Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health. (In Thai)

Kumchun, K.(2013). *Situational analysis of promoting stroke warning sign perception among person with hypertension, Hang Dong Sub-District, Hang dong District, Chiang Mai Province.* (Master of nursing science program in community nurse practitioner), Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)

Lalitwongsa, S. (2014). *Breast cancer awareness.* Lampang: Lampang Cancer Hospital. (In Thai)

National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2013). *Cancer in Thailand volume V, 2004-2006.* Retrieved from http://www.nci.go.th/.(In Thai)

Nursing Division, Ministry of Public Health. (2019). *Guidelines for referring patients between healthcare facilities for the safety of patients and staff.* Bangkok: Ministry of Public Health. (In Thai)

Pa Pong Health Promoting Hospital. (2019). *Registration of breast cancer screening report, fiscal year 2019.* (Report) (In Thai)

Policy and Strategy Office, Ministry of Public Health. (2014). *Health resource information report 2014.* Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

Punrat, P. (2013). *Principles and methods of making a manual.* Bangkok: Secretary office, Kasetsart University. (In Thai)

Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2019). *Standard operating procedure: SOP.* Bangkok: Ministry of Public Health. (In Thai)

Vijarnpreecha, N. (2015). *Integration of Buddha Dhamma principles for the strengthening the sense of coherence and well-being of life in breast cancer patients.* Graduate school, Mahachulalongkornrajavidyalaya University.(In Thai)

Wicha, P. (2013). *Effectiveness of implementing participatory learning program of breast self-examination among inmate volunteers in Chiang Mai woman correctional institution* (Master of nursing science program in community nurse practitioner), Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน
Factors Related to Preventive Behaviors Prior to Knee Osteoarthritis of Persons in Community

เพียงระวี	นิประพันธ์ *	Piangrawee	Niprapan *
สุมาลี	เลิศมัลลิกาพร **	Sumalee	Lirtmunlikaporn **
รังสิยา	นารินทร์ ***	Rangsiya	Narin ***

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่สามารถชะลอการเกิดได้ถ้ามีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่เป็นข้อเข่าเสื่อมในชุมชนที่มีอายุ 35-59 ปี จำนวน 476 ราย โดยอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง .98 ถึง 1.00 โดยเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .71 ถึง .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (r = .13, r = .17, และ r = .22 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไป

คำสำคัญ: *ปัจจัย, พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม, ก่อนข้อเข่าเสื่อม, ผู้ที่อยู่ในชุมชน*

---

* *พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*

* *Professional Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*

** *ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, sumalee.l@cmu.ac.th*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 1 ธันวาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 20 มีนาคม 2560 วันตอบรับบทความ 13 กรกฎาคม 2560

Abstract

Knee osteoarthritis is a condition that can have a slow progression if appropriate preventive health behaviors are practiced. This correlational descriptive research aimed to study preventive behaviors prior to knee osteoarthritis of persons in the community and to examine the correlation between factors related to preventive behaviors for knee osteoarthritis and preventive behaviors prior to knee osteoarthritis of persons in community. Four hundred and seventy-six participants, aged 35-59 years old, who did not have knee osteoarthritis and lived in Chiang Mai were included in this study. They were selected through a multistage random sampling technique. Data were collected during March to May 2017. Instruments in this study included questionnaires on demographic data, preventive behaviors prior to knee osteoarthritis, knowledge about knee osteoarthritis, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy of knee osteoarthritis prevention. The questionnaires were developed by the researcher and were approved by five experts. The content validity index values were between 0.98 and 1.00 and reliability values between .71 and .80. Descriptive statistics and Pearson product moment correlation coefficient were used for data analysis.

The research findings revealed that preventive behaviors prior to knee osteoarthritis were at a moderate level. The correlation between factors related to preventive behaviors of knee osteoarthritis including knowledge about knee osteoarthritis, perceived benefits, and perceived self-efficacy of knee osteoarthritis prevention were positively correlated with preventive behaviors prior to knee osteoarthritis at the .01 level (r = .13, r = .17, and r = .22, respectively). However, perceived barriers of knee osteoarthritis prevention were negatively correlated with preventive behaviors prior to knee osteoarthritis of persons but was not statistically significant. The research findings could be used as baseline information for public health personnel in planning health promotion preventive behaviors of knee osteoarthritis in the community which may lead to program development for knee osteoarthritis prevention.

Keywords: *Factors, Knee osteoarthritis preventive behaviors, Prior to knee osteoarthritis, Persons in community*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังที่มีการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้ออย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2012a) ทั่วโลกพบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายร้อยละ 9.6 และเพศหญิงร้อยละ 18.0 และองค์การอนามัยโลกยังประมาณการว่าร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมในปี ค.ศ. 2050 (WHO, 2012b) นอกจากนี้ในจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 80 มีอาการเคลื่อนไหวลำบากและร้อยละ 25 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ (WHO, 2012a) ดังนั้นองค์การอนามัยโลก (2012b) จึงจัดให้โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากความพิการเป็นอันดับ 4 รองจากโรคพิการทางตา

โรคสมองเสื่อม และการสูญเสียการได้ยิน ส่วนความชุกของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มอายุอื่นๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.8 (Helmick et al., 2008) ขณะที่ในประเทศไทยพบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 40-87 ปี ในจังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ 50.4 (Mokkawes, Chalayondecha & Chalayondecha, 2014) ในจังหวัดเชียงใหม่ได้ทำการศึกษาในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในอำเภอสารภีพบร้อยละ 56 (Narin, Tuanrat, & Boonchieng, 2015).

โรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งได้ว่าถืออายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากการมีอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น (Vrezas, Elsner, Bolm-Audorff, Abolmaali, & Seidler, 2010) แต่อย่างไรก็ตามโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถพบได้เร็วขึ้นตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป (Vrezas, et al., 2010; Zhang et al., 2016) และอาจพบได้ในอายุที่น้อยลงเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรค เช่น น้ำหนักเกิน เพศหญิง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้เข่า ประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า และอาชีพ (Blagojevic, Jinks, Jeffery, & Jordan, 2010) โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดแต่สามารถชะลอการเกิดโรคได้ เนื่องจากลักษณะการดำเนินการของโรคใช้ระยะเวลายาวนานกว่า 10-20 ปี (Ryd et al., 2015) ซึ่งการชะลอและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่สำคัญ คือ การกำจัดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค (Neogi & Zhang, 2012) เพื่อลดอัตราการเกิดโรคหรือกำจัดสาเหตุการเกิดโรค โดยการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม (Srisuriyawate, 2015)

พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง เนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันส่งผลต่อสุขภาพ (Lowe & Clavarino, 2002) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมนั้นเป็นการกระทำของผู้ที่ยังไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ช่วยลดผลกระทบต่างๆ จากโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคในสหรัฐอเมริกาได้แนะนำการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การจัดการความรู้ด้วยตัวเอง การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ (Centers for Disease Control and Prevention, 2010) ส่วนมูลนิธิโรคข้ออักเสบ (Arthritis Foundation) ได้แนะนำควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ (Rath, 2016) ส่วนสมาคมโรคไขข้อในยุโรป (European League Against Rheumatism [EULAR], 1997) ได้เน้นการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม สำหรับในประเทศไทยสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยได้แนะนำการให้ความรู้ การลดน้ำหนักและการออกกำลังกาย (Angthararak, 2016) การบริหารข้อเข่าเพื่อเพิ่มความแข็งแรงรอบข้อเข่า และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (Ninkanuwong, 2013) จากแนวปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นจึงได้นำมาปรับใช้เป็นพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (Tansakul, 2007) ความรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร (Kimble & Garmezy, 1963) ซึ่งได้มีการศึกษาในผู้ที่มีอายุ 35-59 ปีพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญ (Pothiban & Pungchompoo, 2013) ประกอบกับ Janz and Becker (1984) ได้ทำการศึกษาในวิจัยทั้งหมด 46 ฉบับ ระหว่างปี ค.ศ. 1974-1984 พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรม

การป้องกันมากที่สุด ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค แต่ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคน้อย นอกจากนี้ Rosenstock (1974) ได้กล่าวไว้ว่า ถ้าบุคคลรับรู้ประโยชน์สูงย่อมมีพฤติกรรมในการป้องกันที่สูงขึ้น และถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการมีพฤติกรรมการป้องกันสูง จะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันยากขึ้น แต่ในทางกลับกันถ้าอุปสรรคในการมีพฤติกรรมในการป้องกันต่ำจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายขึ้น และ Bandura (1977) ได้ทำการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากสมรรถนะแห่งตนเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลางพบว่า การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญ (Pothiban & Pungchompoo, 2013)

แต่การศึกษาส่วนใหญ่ล้วนแต่ศึกษาการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมหรือทำการศึกษาในโรคอื่นซึ่งยังไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันในผู้ที่ยังไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ นอกจากนี้การศึกษาการในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมยังพบความขัดแย้งของความสัมพันธ์ด้านปัจจัยการรับรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาในกลุ่มก่อนข้อเข่าเสื่อม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการนำผลวิจัยไปใช้ในการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพผู้ที่ยังไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน เพื่อลดจำนวนผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ช่วยให้ผู้ที่อยู่ในชุมชนคงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชนเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชนมีความสัมพันธ์หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่อยู่ในชุมชน โดยพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม ประกอบไปด้วย การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากความรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร (Kimble & Garmezy, 1963) 2) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์สูงย่อมมีพฤติกรรมในการป้องกันที่สูงขึ้น (Rosenstock,1974) 3) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการมีพฤติกรรมการป้องกันสูงจะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันยากขึ้น แต่ในทางกลับกันถ้าอุปสรรคในการมีพฤติกรรมในการป้องกันต่ำจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายขึ้น (Rosenstock, 1974) และ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากสมรรถนะแห่งตนเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Bandura, 1977) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ที่อยู่ในชุมชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ไม่เป็นข้อเข่าเสื่อมในชุมชนที่มีอายุ 35-59 ปี อาศัยในเขตอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยนำมาเปรียบเทียบสัดส่วนกับงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันในจังหวัดสมุทรปราการที่พบว่าความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 40-87 ปี ร้อยละ 50.36 (Mokkawes et. al., 2014) ดังนั้น จึงประมาณการได้ว่ามีผู้ที่ไม่เป็นข้อเข่าเสื่อมในชุมชนร้อยละ 49.64 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประชากร อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่มีผู้ที่ไม่เป็นข้อเข่าเสื่อมในชุมชนประมาณ 14,363 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ไม่เป็นข้อเข่าเสื่อมในชุมชนที่มีอายุ 35-59 ปี ที่อาศัยในเขตอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตร Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 381 คนและเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายในอัตราร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (Burns & Grove, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 476 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Polit & Beck, 2012) ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้ 3 ตำบล และขั้นตอนที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างมาจากแต่ละตำบลตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ลักษณะท่าทางในการประกอบอาชีพ โรคประจำตัว การได้รับความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม บุคคลในครอบครัวเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมก่อนข้อเข่าเสื่อม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมน้ำหนัก ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการเลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 27 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 27 ข้อ โดยการเลือกตอบ 4 ตัวเลือกตามมาตราส่วนประมาณค่า ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาโดยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง .98 ถึง 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน หาค่าความ

สอดคล้องภายในโดยแบบประเมินปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมได้นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน [KR-20] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 ส่วนแบบสอบถามอื่นๆ ได้นำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .71 ถึง 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่านที่ผ่านการอบรมจากผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือถึงหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำการคัดกรองและมอบแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และรับแบบสอบถามคืนเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนสมบูรณ์ เมื่อผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยและรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การบันทึกข้อมูลจะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคำนวณสำเร็จรูปโดยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้การทดสอบด้วยโคลโมโกรฟ-สเมอร์นอฟ พบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่อยู่ในชุมชนในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 476 คน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งร้อยละ 59.9 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48.9 ปี อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 29.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 เรียนจบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 68.5 มีดัชนีมลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 41.4 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ท้วม) มากกว่าครึ่งประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 58.8 มีลักษณะท่าทางในการประกอบอาชีพยืนนานร้อยละ 28.7 และมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวร้อยละ 70.0 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 29.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 13.9 มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 6.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 17.4 ซึ่งได้รับจากสื่อต่างๆ ร้อยละ 9.7 มีบ้านอย่างน้อยสองชั้นขึ้นไป ร้อยละ 37.4 และใช้ส้วมนั่งยองเป็นประจำร้อยละ 28.2

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 49.1, S.D.=4.2) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมด้านการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=14.2, 9.8, 7.6, และ 17.5 ตามลำดับ และ S.D.=1.5, 2.1, 1.6, และ2.2 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 476)

ข้อความ	ช่วงคะแนน	พิสัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคะแนน
พฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม	18-72	37-65	49.1	4.2	ปานกลาง
การควบคุมน้ำหนัก	5-20	6-19	14.2	1.5	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	4-16	4-16	9.8	2.1	ปานกลาง
การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	3-15	3-12	7.6	1.6	ปานกลาง
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคข้อเข่า	6-24	11-23	17.5	2.2	ปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมโดยรวมของผู้ที่อยู่ในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.13, p<0.01, r = 0.17, p<0.01 และ r = 0.22, p<0.01ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชนแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (r =-0.03) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 476)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม	0.13*
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	0.17*
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	-0.03
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	0.22*

หมายเหตุ. * p<0.01

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 49.1, S.D. = 4.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Theanmontri (2004) ที่พบว่าการปฏิบัติตนโดยรวมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.14, S.D. = .38) เนื่องจากอยู่ในวัยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pothiban and Pungchompoo (2013) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนอยู่ในระดับ

ปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยกลางคนยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนในระดับปานกลาง ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยสูงอายุ แต่การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Thongdang, Pakdevong, and Binhosen (2014) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างจากการศึกษานี้ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 89.3 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 10 ปี และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 80.7 ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องที่ทำให้พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่ยังคงช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างดีสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 59.9 ซึ่งเป็นเพศที่ให้ความสนใจด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย (Pisaiphan, Pattaraarchachai, & Viwatpanich, 2013) และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 17.4) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลให้ความสนใจและตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่าวัยผู้สูงอายุที่เป็นโรคแล้วจึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.13$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูง จะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมสูงด้วย เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมจะช่วยให้มีพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Yimneum, 2013) ที่พบว่าระดับความรู้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิงทำให้ความสนใจความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าในเพศชาย (Pisaiphan et al., 2013) และกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ซึ่งต้องไปเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล จึงได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมจากบุคคลากรทางการแพทย์จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงและส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมสูงตามมา

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.17$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้พฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า บุคคลที่คาดหวังว่าผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการป้องกันการเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้เกิดเป็นแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ การรับรู้ประโยชน์สูงย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้น (Rosenstock, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Theanmontri (2004) และ Thongdang et al. (2014) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sompan, Terathongkum, Piaseu, & Sakunhongsophon, 2015)

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่อยู่ในชุมชนแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = -0.03$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมจึงไม่มีอุปสรรคในการมีพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมและกลุ่มตัวอย่างอาจเชื่อว่าการมีพฤติกรรมการป้องกัน

ก่อนข้อเข่าเสื่อมนั้นเป็นพฤติกรรมที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้น จะมีการรับรู้อุปสรรคมากหรือน้อยจึงไม่มีผลต่อการปฏิบัติในพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม จึงทำให้ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่น การศึกษาของ Theanmontri (2004) และ Thongdang et al. (2014) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (p<.01) เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวอยู่ในวัยสูงอายุและเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้อุปสรรคสูงจึงมีความแตกต่างจากการศึกษานี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = 0.22) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองว่าสามารถที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้สำเร็จด้วยตัวเองส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลสูงด้วย (Bandura, 1977) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Theanmontri (2004) และ Thongdang et al. (2014) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ (p<.01) และสอดคล้องกับพฤติกรรมการป้องกันกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญ (p<.01) (Pothiban & Pungchompoo, 2013)

โดยสรุปผลการศึกษาดังกล่าวที่พบว่าปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อม ทำให้ทราบว่าในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมนั้นสามารถทำได้โดยการส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวข้างตน แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่นๆที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันก่อนข้อเข่าเสื่อมซึ่งควรจะมีการศึกษาในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมให้ผู้ที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้สามารถชะลอและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้ในอนาคต

2. พัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพด้านการส่งเสริมให้ผู้ที่อยู่ในชุมชนได้มีความรู้ รับรู้ประโยชน์และรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ผู้ที่อยู่ในชุมชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้

3. นำไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดโครงการเพื่อคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่อยู่ในชุมชนให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการให้ความรู้ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยส่งเสริมปัจจัยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

3. ควรทำการทดลองในกลุ่มที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมให้ผู้ที่อยู่ในชุมชนและกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

Angthararak, S. (2016). Pitfalls in diagnosis and management of common rheumatic diseases. In P. Narongrerknawin (Ed.). *Osteoarthritis.* (3rd ed.). Bangkok: City Print. (In Thai)

Bandura, A. (1977). Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 2*(84), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191

Blagojevic, M., Jinks, C., Jeffery, A., & Jordan, K. P. (2010). Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage, 18*(1), 24–33. doi: 10.1016/j.joca.2009.08.010

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* St. Louis: Saunders Elsevier.

Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *A national public health agenda for osteoarthritis 2010.* Retrieved from http://www.cdc.gov/arthritis/docs/OAAgenda.pdf

European League Against Rheumatism [EULAR]. (1997). Hypermobility. *Annual of the Rheumatic Disesases, 56,* 573–575. doi: 10.1136/ard.58.1.1

Helmick, C. G., Felson, D. T., Lawrence, R. C., Gabriel, S., Hirsch, R., Kwoh, C. K., & Stone, J. H. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I. *Arthritis and Rheumatism, 58*(1), 15–25. doi: 10.1002/art.23177

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11*(1), 1–47. doi: 10.1177/109019818401100101

Kimble, G., & Garmezy, N. (1963). *Principles of general psychology.* (2nd ed.). New York: The Ronald Press.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Lowe, B. & Clavarino, A. (2002). *Encyclopedia of public health.* Retrieved from http://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/preventive-health-behavior

Mokkawes, R., Chalayondecha, C., & Chalayondecha, W. (2014). *Risk factor of osteoarthritis population in Samutprakarn Province.* Retrieved from http://dspace.icmsit.ssru.ac.th/icmsit/handle/102030405060708090/58 (In Thai)

Narin, R., Tuanrat, W., & Boonchieng, W. (2015). Development of a community participation program for caring older adults with knee osteoarthritis. *Nursing Journal, 42*(3), 170-181. (In Thai)

Neogi, T., & Zhang, Y. (2012). Epidemiology of osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology, 23*(2), 185–191. doi: 10.1097/BOR.0b013e32834307eb.Osteoarthritis

Ninkanuwong, S. (2013). Rheumatology for nurse practitioners and allied health professionals. In P. Narongrerknawin (Ed.). *Osteoarthritis. (3rd ed.).* Bangkok: City Print. (In Thai)

Pisaiphan, A., Pattaraarchachai, J., & Viwatpanich, K. (2013). Association of factors with health behaviors in Thai adults. *Thammasat Medical Journal, 13*(3), 352-360. (In Thai)

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Pothiban, L., & Pungchompoo, W. (2013). Knowledge, belief, self-efficacy pertaining osteoporosis preventive behaviors and osteoporosis preventive behaviors among the middle adult population. *Nursing Journal, 40,* 67-78. (In Thai)

Rath, L. (2016). *Osteoarthritis prevention: What you can do.* Retrieved from http://www.arthritis.org/about-arthritis/types/osteoarthritis/articles/oa-prevention.php

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. In M. H., Becker (Ed.), *The health belief model and personal behavior.* (pp. 27-59). New Jersey: Charles B. Slack.

Ryd, L., Brittberg, M., Eriksson, K., Jurvelin, J. S., Lindahl, A., Marlovits, S., & Zenobi-Wong, M. (2015). Pre-osteoarthritis: Definition and diagnosis of an elusive clinical entity. *Cartilage, 6*(3), 156-65. doi: 10.1177/1947603515586048.

Sompan, A., Terathongkum, S., Piaseu, N., & Sakunhongsophon, S. (2015). Factors predicting diabetes preventive behavior in persons with pre-diabetes. *Rama Nurse Journal, 21*(1), 96-109. (In Thai)

Srisuriyawate, R. (2015). *Epidemiology for community nurse.* (3rd ed.). Chon Buri: Faculty of Nursing Burapha University. (In Thai)

Tansakul, S. (2007). Behavioral theory: Guideline implementing in health education and health promotion. *Journal of Health Education, 105*(30), 1-15. (In Thai)

Theanmontri, S. (2004). *Selected factors relating to health practices among the elderly with osteoarthritis of the knee.* Retrieved from http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2553/1624 (In Thai)

Thongdang, S. Pakdevong, N. & Binhosen, V. (2014). *Factors relating to health promotion behavior in patients with knee osteoarthritis.* Retrieved from https://www.rsu.ac.th/nurse/download (In Thai)

Vrezas, I., Elsner, G., Bolm-Audorff, U., Abolmaali, N., & Seidler, A. (2010). Case-control study of knee osteoarthritis and lifestyle factors considering their interaction with physical workload. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 83*(3), 291–300. doi: 10.1007/s00420-009-0486-6

World Health Organization [WHO]. (2012a). Good health adds life to years: Global brief for world health day 2012. *World Health Organization, 1,* 1–30. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004

World Health Organization [WHO]. (2012b). *Chronic diseases and health promotion: Chronic rheumatic conditions.* Retrieved from http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/

Yimneum, P. (2013). Factors related to health behaviors of the osteoarthritis patients post operation of total knee arthroplasty. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 20,* 20-31. (In Thai)

Zhang, J. F., Song, L. H., Wei, J. N., Zhang, A. L., Dong, H. Y., Wen, H. Y., ...& Liu, G. (2016). Prevalence of and risk factors for the occurrence of symptomatic osteoarthritis in rural regions of Shanxi Province, China. *International Journal of Rheumatic Diseases, 19*(8), 781–789. doi: 10.1111/1756-185X. 12470

พฤติกรรมการรังแกผู้อื่น และการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล

Cyberbullying Behavior and Cybervictimization Among Nursing Students

หทัยชนก	เผ่าวิริยะ *	Hathaichanok	Phaowiriya *
นารีรัตน์	บุญเนตร **	Nareerat	Boonnate **
จิณห์จุฑา	ชัยเสนา ดาลลาส **	Jinjutha	Chaisena Dallas **
วรรณทนา	ศุภสีมานนท์ **	Wantana	Suppaseemanont **

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์เป็นปัญหาที่พบมากขึ้นและมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (descriptive comparison research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล และ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 จำนวน 300 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่ง ชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามชั้นปีของนิสิต แล้วสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) แบบไม่แทนที่ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นทางอิเล็กทรอนิกส์ และแบบประเมินการตกเป็นเหยื่อการรังแกทางอิเล็กทรอนิกส์ ของโดแอนและคณะ และแบบสอบถามเจตคติเชิงสังคมของพันธุลาวัณย์และคณะ และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าเท่ากับ 0.84 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการเปรียบเทียบพหุคูณตามวิธีของเชฟเฟ่

ผลการศึกษาพบว่า นิสิตพยาบาลไม่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ ร้อยละ 38.00 และมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ ร้อยละ 62.00 ส่วนการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ พบว่า นิสิตพยาบาลไม่มีการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ร้อยละ 26.00 และมีการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ร้อยละ 74.00 นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการหาวิธีการที่จะช่วยป้องกันและลดปัญหาที่เกิดจากการมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาลต่อไปได้

* *ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*

* *Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Burapha University, hathai_ns@hotmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University*

วันที่รับบทความ 1 เมษายน 2562 วันที่แก้ไขบทความ 15 กรกฎาคม 2562 วันตอบรับบทความ 20 กันยายน 2562

คำสำคัญ: *พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์, เหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์, นิสิตพยาบาล*

Abstract

Cyberbullying behavior and cybervictimization is an increasingly common problem and spreading rapidly. This research was the descriptive comparison research that aimed to study 1) the cyberbullying behavior and cybervictimization among nursing students, 2) compare the cyberbullying behavior and cybervictimization among 1st to 4th year nursing students. The sample consisted of 300 nursing students, recruited by a stratified random sampling technique then simple random sampling technique, during March to September 2018. The research instruments included a demographic information sheet, the Cyberbullying Behavior Questionnaire and the Cybervictimization Questionnaire developed by Doane et al., and the Social Desirability Scale developed by Panthulawan et al. The reliability war tested and yielded as 0.84, 0.82 and 0.81. Data were analyzed by using descriptive statistics, one-way analysis of variance, and multiple comparison test by Scheffe' test.

The results revealed that:

Thirty-eight percent of the subjects were not found to have cyberbullying behavior and 62.20% had cyberbullying behavior. The overall cybervictimization founded that 26.00% were not found to have cybervictimization and 74.00% had cybervictimization. Furthermore, it was found that mean scores of cyberbullying behaviors and cybervictimization among 1st to 4th year nursing students were not significantly different at the .05 level. The results of this study can be used to prevent and reduce the cyberbullying behavior and cybervictimization problems of nursing students.

Keywords: *Cyberbullying behavior, Cybervictimization, Nursing students*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีในการสื่อสารมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารโดยใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถใช้ในการสื่อสารกับบุคคลอื่นทั้งรูปแบบข้อความที่เป็นตัวอักษร วิดีโอหรือรูปภาพ เกมส์ออนไลน์ และการใช้เครือข่ายทางสังคมต่างๆ (Melis & Serra, 2014) จากข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2559 พบว่า กลุ่มที่มีการใช้จำนวนชั่วโมงอินเทอร์เน็ตสูงที่สุด คือ กลุ่มเจนเนอเรชั่นวาย (Gen Y) เมื่อเทียบกับเจนเนอเรชั่นอื่นๆ (Ministry of Information and Communication, 2016) ประชากรในกลุ่ม Gen Y ปัจจุบันมีอายุอยู่ในช่วง 17-36 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงมัธยมปลายจนถึงวัยทำงาน และนิสิตนักศึกษาก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการได้เป็นอย่างดี แต่ก็เปรียบเสมือนเหรียญสองด้านที่มีทั้งผลดีและผลเสียหากมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด (Kwan & Skoric, 2013) มีบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในทางที่ไม่เหมาะสมเพื่อปลดปล่อยความรุนแรง (Wildermuth & Davis, 2012) เกิดเป็นการรังแกกันรูปแบบใหม่ผ่านเครื่องมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ ที่เรียกว่า "พฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์" (cyberbullying)

พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์เป็นปัญหาที่พบมากขึ้นและมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว เนื่องจากสามารถลงมือกระทำได้ผ่านหลายช่องทางของการสื่อสาร (Kowalski, Limber, & Agatston, 2008) ไม่จำกัดเวลาและสถานที่ ผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์หรือบุคคลอื่นๆ ไม่สามารถทราบได้ว่าใครเป็นผู้รังแก และหากเหยื่อการรังแกมีความโกรธแค้นก็สามารถใช้ช่องทางนี้ในการโต้ตอบหรือรังแกกลับได้ทันทีเช่นกัน (Fowler, 2016) จึงทำให้ทุกคนที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร มีโอกาสที่จะเป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นและผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Burnham, Wright, & Houser, 2011; Melis & Serra, 2014) การรังแกผ่านโลกไซเบอร์ คือ การใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมาในรูปแบบของการใส่ร้ายป้ายสี การทำให้ผู้อื่นรู้สึกว่าถูกคุกคาม การดูหมิ่น การทำให้อับอาย การข่มขู่ โดยการส่งข้อความ รูปภาพและคลิปวิดีโอต่างๆ โดยใช้เครื่องมือและช่องทางการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโลกไซเบอร์โดยตรง หรือส่งเข้าตามช่องทางออนไลน์อื่นที่เป็นสาธารณะ (Englander, 2011; O'Brien & Moules, 2010) ทั้งนี้ ผู้รังแกมีเจตนาให้ผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกเกิดความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Samoh, Boonmongkon, Ojanen, Samakkeekarom, & Guadamuz, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ไว้อย่างหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มเด็กและเยาวชนเนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสาเหตุด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ จากการสำรวจปัญหาดังกล่าวในระดับโลก พบว่าความชุกของพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์มีมากถึงร้อยละ 20-40 (Tokunaga, 2010) และในเด็กนักเรียนจาก 40 ประเทศทั่วโลก มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ ถึงร้อยละ 8.6 - 45.2 ในเด็กชาย และร้อยละ 4.8 - 35.8 ในเด็กหญิง (Craig et al., 2009) ในประเทศสหรัฐอเมริกายังพบอุบัติการณ์ของเด็กและเยาวชนที่ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ถึง 1 ใน 7 ของพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ (National Crime Prevention Council [NCPC], 2014) จากรายงานของ United Nations Children's Fund [UNICEF] พบว่า ร้อยละ 19.7 ของนักศึกษาที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยเคยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง และร้อยละ 54.4 เคยตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง (Suriyabandara, 2017) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีนักเรียนและนักศึกษาในสถาบันการศึกษาทั่วประเทศที่เคยเป็นผู้รังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ และเป็นผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ (ร้อยละ 33.6 และ 43.1 ตามลำดับ) (National Institute for Child and Family Development, 2010) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Samoh et al. (2014) ที่พบว่าเยาวชนหญิงร้อยละ 45.4 เคยถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ โดยแบ่งเป็นการรังแกในลักษณะการโจมตีข่มขู่ออนไลน์ การถูกคุกคามทางเพศออนไลน์ และการถูกบันทึกหรือเผยแพร่ข้อมูลออนไลน์ในลักษณะการให้ร้าย (ร้อยละ 41.4 ร้อยละ 5.3 และร้อยละ 16.3 ตามลำดับ) และจากการศึกษาในนิสิตระดับมหาวิทยาลัยของ Amaraphibal (2016) พบว่ามีนิสิตที่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ลักษณะของผู้รังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรม โดยมีทั้งอาการวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Bonanno & Hymel, 2013; Yang et al., 2013) บางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย (Bonanno & Hymel, 2013; Heikkila et al., 2013) และมีปัญหาสุขภาพจิต (Yen et al., 2014) ภายหลังการรังแกผู้รังแกอาจเกิดความรู้สึกผิดและเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีผลให้กระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น ทำให้ผู้รังแกเก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม และมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือกลุ่มเพื่อน (Archaphet, 2017)

ผลกระทบของการเป็นผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ (cybervictimization) มีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (O'Brien & Moules, 2010; Veenstra, 2011) โดยพบว่า ผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์มีความรู้สึกว่าตนเองไร้พลังอำนาจในการหยุดยั้งการถูกรังแก และมีความลังเลที่จะปรึกษากับผู้อื่นแม้จะรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะจัดการกับปัญหาได้ (Lampman, 2012; McKay, Arnold, Fratzl, & Thomas, 2008; Minor, Smith, & Brashen, 2013) จึงทำให้ผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ได้รับผลกระทบทางจิตใจมากกว่าผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกทางกายภาพ (Wang, Nansel, & Iannotti, 2011) หากผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ไม่มีวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม อาจกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น กระวนกระวาย ซึมเศร้า มีอาการทางจิตประสาทหลอน หวาดกลัว วิตกกังวล เป็นทุกข์ และมีปัญหาบุคลิกภาพ และในกรณีที่รุนแรงมากผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกบางคนอาจมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นหรือทำร้ายตนเอง หรืออาจมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายได้ (Amaraphibal, Rujipak, & Payakkakom, 2013; O'Brien & Moules, 2010; Shariff, 2008; Veenstra, 2011; Wang et al., 2011) นอกจากนี้ยังพบว่า การรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของนักศึกษา เช่น ทำให้เกิดความโกรธ ความเศร้า ความเจ็บปวด ความลำบากใจ ความเกลียดชัง ความวิตกกังวล มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ขาดเรียน ไม่มีสมาธิ และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ (Aricak, 2016; Giovazolias & Malikiosi-Loizos, 2016; Kokkinos, Antoniadou, & Markos, 2014)

จากสถานการณ์ที่ได้กล่าวมาข้างต้นพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของกลุ่มนิสิตนักศึกษายังมีค่อนข้างน้อยทั้งๆ ที่เป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์อย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในนิสิตพยาบาลเนื่องจากในปัจจุบันได้มีการสอนทางการพยาบาลโดยใช้ระบบ E-learning ทำให้ผู้เรียนสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนได้สะดวกในหลายช่องทาง (Puengchompoo & Panuthai, 2014) แสดงให้เห็นว่านิสิตพยาบาลในปัจจุบันได้มีการเข้าถึงเทคโนโลยีได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มที่มีความคาดหวังจากสังคมค่อนข้างสูงในเรื่องพฤติกรรมการแสดงออกต่างๆ ทั้งในชีวิตประจำวันและขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งหากมีการแสดงออกในทางที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบถึงภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือทางวิชาชีพได้ นอกจากนี้หากมีการตกเป็นเหยื่อการรังแกก็อาจส่งผลกระทบถึงด้านการเรียนและการดำเนินชีวิตต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล เพื่อให้การศึกษาด้านการพยาบาลได้ก้าวทันเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังทำให้เข้าใจสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับปัญหาที่มาพร้อมกับเทคโนโลยีการสื่อสารบนโลกไซเบอร์ ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการหาแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาลได้อย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง 4

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาลเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1

ถึง 4 มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีบุคลิกภาพของ Eysenck (Eysenck' s personality) ซึ่งอธิบายว่าบุคลิกภาพที่แตกต่างกันของบุคคลขึ้นอยู่กับจำนวนกิจกรรมในระบบประสาท ซึ่งจูงใจให้แต่ละบุคคลมีการพัฒนาไปในแนวทางที่แน่นอน สำหรับบุคลิกภาพที่แสดงออกจะมาจากระบบประสาทนั้นจะได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และจากประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลเคยได้รับมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เคยมีประวัติถูกกระทำรุนแรงในวัยเด็กหรืออยู่ในสถานการณ์ที่เคยเห็นพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ใช้ความรุนแรงจะเกิดการเรียนรู้และซึมซับพฤติกรรมเหล่านั้น ทำให้เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่มักจะใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา และมีแนวโน้มในการพัฒนาไปเป็นบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อตนเองและสังคม รวมถึงการแสดงพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ด้วย (Suriyabandara, 2017) ส่วนกลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหว (neuroticism) คือ บุคลิกลักษณะอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ย้ำคิด รู้สึกกังวล โกรธง่าย ท้อแท้ง่าย รู้สึกอึดอัดง่าย รับมือกับความเครียดได้ยาก จะมีแนวโน้มในการเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายถ้าอยู่ในสภาวะตึงเครียด (Suriyabandara, 2017) และจากการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศตุรกี ยังพบว่า กลุ่มบุคลิกลักษณะอารมณ์ที่ไม่มั่นคงมักจะมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ ($r = .28$, $p < .01$) (ÇELİK, Atak, & Erguzen, 2012) ส่วนกลุ่มที่ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ มักจะมีบุคลิกภาพที่ว่านอนสอนง่าย ยอมตาม มีภาวะพึ่งพาสูง มีกลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่ตอบโต้นิ่งเฉย ($r = .16$, $p < .05$) และมีบุคลิกภาพไม่คงที่ ($r = .21$, $p < .01$) (ÇELİK, Atak, & Erguzen, 2012)

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงการมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล ข้อมูลนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้ และนำไปพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอนและกิจกรรมอื่นๆ รวมถึงเป็นแนวทางการจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพนิสิต และสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์เพื่อให้เกิดการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (descriptive comparison research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ในปีการศึกษา 2561 รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 300 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางสำเร็จรูปการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 และประมาณค่าขนาดอิทธิพล (estimated effect size) ที่ .80 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยกำหนดชั้นภูมิ (strata) เป็นลำดับชั้นปีของนิสิต ได้แก่ ชั้นปีที่ 1 2 3 และ 4 จากนั้นจะใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยการสุ่มแบบไม่แทนที่โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มจากรหัสนิสิตจนได้ครบตามจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิที่กำหนด คือชั้นภูมิละ 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 2) แบบรายงานตนเองเกี่ยวกับ

การรับรู้ถึงพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ (Cyberbullying Experiences Survey [CES]) พัฒนาโดย Doane, Kelley, Chiang, and Padilla (2013) ซึ่งผู้วิจัยแปลจากต้นฉบับโดยแปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทย แล้วนำไปแปลแบบย้อนกลับ (back translation technique) และ 3) แบบสอบถามเจตคติเชิงสังคม ประเมินโดยใช้แบบรายงานตนเองเกี่ยวกับการตอบตามความปรารถนาของสังคม (Marlowe-Crowne Social Desirability Scale [MCSDS]) ของ Panthulawan, Kunaviktikul, Nantsupawat, and Srisuphan (2016)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานและแบบรายงานตนเองฯ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.82 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามเจตคติเชิงสังคม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงข้อคำถามใดๆ จึงไม่ได้ทำการหาความตรงของเครื่องมือซ้ำ และได้นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งคณะผู้วิจัยจะดำเนินการโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยได้ทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย รวมถึงชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เช่น ผลต่อการเรียน เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นข้อมูลทางวิชาการในภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น และไม่มีผลใด ๆ ทั้งสิ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีปัญหาพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นหรือการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์และต้องการความช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และเมื่อพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา ผู้วิจัยได้พิจารณาส่งต่อไปยังหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย และผู้วิจัยมอบของที่ระลึกให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการตอบแทนการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์โดยรวม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 โดยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบโคลโมโกรอฟสมินอฟ (Kolmogorov-Sminov test) พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติเอฟ (F-test) ในการทดสอบและวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และใช้การเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison test) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ด้วยวิธีของ Scheffe' test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุระหว่าง 18-22 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.70) รับเข้าศึกษาด้วยระบบแอดมิชชั่นกลางทั่วประเทศ (ร้อยละ 47.70) มีผลการเรียนสะสมทุกภาคการศึกษาจนถึงปัจจุบันในระดับ 3.00-3.40 (ร้อยละ 40.30) ส่วนใหญ่พักอาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 56.00) มีรายได้ต่อเดือนเพื่อใช้จ่ายขณะศึกษาต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 30.30) โดยได้รับจากผู้เป็นครอง (ร้อยละ 93.70) และเพียงพอต่อการใช้จ่าย (ร้อยละ 86.70) มีประสบการณ์การใช้งานโลกไซเบอร์โดยเฉลี่ย 8.38 ปี (S.D.=2.37) อุปกรณ์ที่ใช้ในการเข้าถึงโลกไซเบอร์มากที่สุด คือ สมาร์ทโฟนหรือโทรศัพท์และคอมพิวเตอร์โน้ตบุค (ร้อยละ 35.64 และ 33.02 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จะใช้งานที่บ้านพักหรือหอพัก (ร้อยละ 21.00) และใช้โลกไซเบอร์เป็นช่องทางในการสื่อสารกับผู้อื่นผ่านทาง Line และ Facebook มากที่สุด (ร้อยละ 21.47 และ 21.03 ตามลำดับ) โดยมีวัตถุประสงค์ของการใช้งานเพื่อทำการบ้านหรือรายงานมากที่สุด (ร้อยละ 12.70) รองลงมาคือเพื่อสนทนาผ่านโปรแกรมแชท (ร้อยละ 12.30) มีระยะเวลาการใช้งานโลกไซเบอร์เฉลี่ย 6.40 ชั่วโมงต่อวัน (S.D.=3.12) โดยส่วนใหญ่จะใช้งานในช่วงเวลา 20.01-24.00 น. และ 16.01-20.00 (ร้อยละ 44.44 และ 32.47 ตามลำดับ)

2. พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล พบว่า

2.1 กลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ ร้อยละ 38.00 และมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ ร้อยละ 62.00 โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์พบว่ามีพฤติกรรมการประสงค์ร้ายมากที่สุด (ร้อยละ 56.00) รองลงมาคือการทำให้ขายหน้า (ร้อยละ 42.00) การติดต่อที่ไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 27.00) และการหลอกลวง (ร้อยละ 9.00) ตามลำดับ

2.2 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ร้อยละ 26.00 และมีการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ร้อยละ 74.00 โดยกลุ่มที่มีการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์พบว่ามีการถูกทำให้ขายหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 66.00) รองลงมาคือการถูกประสงค์ร้าย (ร้อยละ 49.00) การถูกหลอกลวง (ร้อยละ 35.00) และการถูกติดต่อโดยไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 35.00) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 พบว่า

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์มากที่สุดคือชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 27.13) รองลงมาคือชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 1และชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 26.32, 24.29 และ 22.27 ตามลำดับ) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์มากที่สุดคือชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 27.95) รองลงมาคือชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 25.25, 24.92 และ 21.89 ตามลำดับ)

3.2 กลุ่มตัวอย่างในชั้นปีที่ 1 ถึง 4 มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์โดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

3.3 กลุ่มตัวอย่างในชั้นปีที่ 1 ถึง 4 มีคะแนนเฉลี่ยของการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์โดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

4. กลุ่มตัวอย่างมีการตอบตามความปรารถนาของสังคมโดยรวมอยู่นระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.51, S.D. = 2.27) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง 4

พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		F	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. การติดต่อที่ไม่พึงประสงค์	0.60	1.53	0.70	1.41	0.69	1.84	0.69	1.47	.066	.978
2. การประสงค์ร้าย	3.08	4.53	2.79	3.83	3.01	4.33	2.27	3.33	.627	.598
3. การหลอกลวง	0.08	0.32	0.14	0.48	0.34	1.58	0.16	0.79	1.058	.367
4. การทำให้ขายหน้า	1.16	1.81	0.96	1.49	0.82	1.60	1.20	1.55	.880	.452
โดยรวม	**4.92**	**6.99**	**4.59**	**6.02**	**4.86**	**7.19**	**4.32**	**5.41**	**.138**	**.937**

* p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการตกเป็นเหยื่อการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง 4

การตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		F	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. การติดต่อที่ไม่พึงประสงค์	0.68	1.13	0.62	0.97	0.34	0.71	0.57	0.86	1.930	.125
2. การประสงค์ร้าย	1.87	2.71	2.04	3.04	1.50	2.47	1.91	2.53	.546	.651
3. การหลอกลวง	0.59	1.21	0.72	0.93	0.36	0.93	0.69	1.07	1.819	.144
4. การทำให้ขายหน้า	3.24	4.14	3.30	4.15	2.11	2.85	3.48	3.13	2.215	.086
โดยรวม	**6.37**	**7.89**	**6.68**	**7.97**	**4.31**	**5.85**	**6.65**	**5.85**	**1.981**	**.117**

* p < .05

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการตอบตามความปรารถนาของสังคมของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึง 4

การตอบตามความปรารถนาของสังคม	$\bar{X}$	S.D.
ชั้นปีที่ 1	3.20	1.68
ชั้นปีที่ 2	3.87	2.14
ชั้นปีที่ 3	5.04	2.68
ชั้นปีที่ 4	4.53	2.67
โดยรวม	**4.51**	**2.27**

การอภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ถึงร้อยละ 62.00 และมีการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ร้อยละ 74.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ National Institute for Child and Family Development (2010) ที่พบว่ามีนักเรียนนักศึกษาในสถาบันทั่วประเทศร้อยละ 33.60 เคยเป็นผู้รังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ และร้อยละ 43.10 เคยถูกผู้อื่นรังแกผ่านโลกไซเบอร์ และจากการศึกษาในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในเขตกรุงเทพมหานครได้พบว่ามีผู้รังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ถึงร้อยละ 53.00 (Pavakul & Sukanich, 2011) นอกจากนี้ การศึกษาของ Musikapan, Pokpong, Songsiri, and Surat (2009) ยังพบว่าวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานครเคยถูกรังแกในพื้นที่ไซเบอร์ถึงร้อยละ 43.90 การศึกษาในต่างประเทศของ MacDonald & Roberts-Pittman (2010) ในมหาวิทยาลัยมิดเวสต์ประเทศสหรัฐอเมริกายังพบว่า มีนักศึกษาจำนวนร้อยละ 8.60 เป็นผู้มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ และร้อยละ 21.90 มีการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ การพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์เป็นจำนวนมากนั้น Archaphet (2017) พบว่าเกิดจากลักษณะของการสื่อสารในโลกไซเบอร์ที่ทำให้ทุกคนมีสถานะเท่าเทียมกัน รวมทั้งการไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ก็อาจทำให้เกิดการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงและใช้วิธีการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ และในกรณีที่ผู้ถูกรังแกเกิดความโกรธแค้นก็อาจนำวิธีการเดียวกันมาใช้เกิดการรังแกกลับทำให้เกิดวงจรของพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกได้ สอดล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งผู้รังแกและผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกถึงร้อยละ 32.25 ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจเกิดเนื่องจากการถูกรังแกก่อนจึงทำให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อการรังแกหาวิธีการจัดการด้วยวิธีการต่างๆ รวมถึงการใช้วิธีการรังแกกลับ จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงโลกไซเบอร์อย่างกว้างขวางและมีประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมรังแกกัน ทั้งที่เป็นผู้รังแกและตกเป็นเหยื่อการรังแกซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาหรือผลกระทบอื่นๆ ที่หลากหลายตามมา โดยที่ความรุนแรงอาจมีมากน้อยแตกต่างกันไป แต่ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่น กลุ่มผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแก หรือกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นและผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแกก็ล้วนได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมดังกล่าวด้วยกันทั้งสิ้น

หากพิจารณารายละเอียดเป็นรายด้านจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์มีพฤติกรรมการประสงค์ร้ายมากที่สุด (ร้อยละ 56.00) รองลงมาคือพฤติกรรมการทำให้ขายหน้า (ร้อยละ 42.00) ซึ่งพฤติกรรมการประสงค์ร้ายประกอบด้วย การพยายามถามข้อมูลจากบุคคลที่สนทนาด้วยทั้งที่บุคคลนั้นไม่ต้องการตอบ การส่งข้อความหยาบคายไปให้ การกวนโมโห การเรียกชื่อผู้อื่นอย่างไม่สุภาพ การโกหกเกี่ยวกับตัวตนของตนเองกับบุคคลอื่น และการโพสต์ภาพที่น่าอายของบุคคลอื่นไปให้ผู้อื่นดูทางอิเล็กทรอนิกส์ ส่วนพฤติกรรมการทำให้ขายหน้าประกอบด้วย การใช้คำหยาบคายต่อผู้อื่น การโพสต์รูปของผู้อื่นโดยที่ผู้นั้นไม่ต้องการให้บุคคลอื่นเห็น และการสวมรอยเป็นผู้อื่นในขณะทำการสนทนา พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์ที่พบนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา โดยจากการศึกษาของ Musikapan et al. (2009) ที่ทำการศึกษาในวัยรุ่นหญิงไทยพบว่ารูปแบบของการรังแกมีทั้งในลักษณะการโจมตีข่มขู่ การคุกคามทางเพศ และการบันทึกและเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะให้ร้าย และสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับรูปแบบของการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ที่พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการด่าทอโดยใช้ภาษาที่รุนแรงหรือหยาบคาย การปล่อยข่าวลือให้ผู้อื่นเสียหาย และการสวมรอยเป็นผู้อื่น (Cyberbullying Research Center, 2015) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวอาจเนื่องมาจากความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ในปัจจุบัน

ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้งานโลกไซเบอร์ผ่านทางโทรศัพท์มือถือหรือสมาร์ทโฟนถึงร้อยละ 99.70 โดยช่องทางที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นส่วนใหญ่คือ โปรแกรมสนทนา Line และ Facebook คิดเป็นร้อยละ 98.70 และ 96.70 ตามลำดับ ซึ่งช่องทางดังกล่าวอาจทำให้เกิดการสร้างและแสดงอัตลักษณ์แห่งตน สร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเพื่อน พัฒนาความสัมพันธ์ทางเพศ รวมถึงการใช้อุปกรณ์การสื่อสารในการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์มากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Doungpet (2016) ที่พบว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษามีการใช้โปรแกรม Facebook ในการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์มากที่สุด รองลงมาคือโปรแกรม Line และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sittichai and Tudkuea (2017) ที่พบว่าเยาวชนมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยเฉพาะ Facebook และ Line ในการรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์มากที่สุด

พฤติกรรมด้านการติดต่อที่ไม่พึงประสงค์และพฤติกรรมด้านการหลอกลวงเป็นพฤติกรรมที่พบรองลงมา โดยในผู้ที่มีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์พบร้อยละ 27.00 และ 9.00 ตามลำดับ ส่วนในผู้ที่ตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์พบพฤติกรรมด้านการติดต่อที่ไม่พึงประสงค์และพฤติกรรมด้านการหลอกลวงเท่ากันในทั้งสองด้านโดยพบร้อยละ 35.00 สำหรับพฤติกรรมการติดต่อที่ไม่พึงประสงค์ประกอบด้วย การส่งข้อความยั่วยุอารมณ์ทางเพศโดยที่ผู้อื่นไม่ต้องการ การส่งข้อความไปบอกว่าจะตามหาให้ได้ว่าพักอาศัยอยู่ที่ใด การส่งข้อความไปให้คนแปลกหน้าเพื่อขอมีเพศสัมพันธ์ การทำให้ผู้อื่นกลายเป็นตัวตลกในสายตาของคนอื่น และการโพสต์ภาพของผู้อื่นที่กำลังทำผิดกฎหมาย ส่วนพฤติกรรมการหลอกลวงนั้นประกอบด้วย การพยายามติดต่อเพื่อพบตัวจริงของบุคคลที่คุยด้วยทางไซเบอร์และการส่งภาพเปลือยไปให้โดยที่ผู้นั้นไม่ต้องการ รวมทั้งการถูกดัดแปลงรูปให้ดูไม่ดีหรือการเขียนข้อความที่ไม่ดีเกี่ยวกับบุคคลอื่นแล้วโพสต์ลงบนโลกไซเบอร์ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา โดย Finn (2004) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ในนิสิตนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีนักศึกษาประมาณร้อยละ 10-15 ที่ได้รับอีเมล์หรือข้อความด่วนที่ข่มขู่หรือล่วงละเมิด และมีกว่าร้อยละ 50 ที่ได้รับเนื้อหาลามกที่ไม่พึงประสงค์ ส่วนในประเทศไทยนั้นมีการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ของ Surat (2011) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์จะมีรูปแบบของพฤติกรรมการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับ การใส่ร้ายป้ายสี การเปิดเผยข้อมูลที่เป็นเท็จ การตัดต่อภาพอนาจาร การด่าทอออนไลน์ และการสวมรอยเป็นผู้อื่น เป็นต้น

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1-4 ทั้งโดยรวมและรายด้านพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนิสิตในแต่ละชั้นปีมีช่วงวัยที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-22 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัยจึงอาจทำให้มีปัจจัยกระตุ้นที่คล้ายกัน ทั้งนี้ในนิสิตชั้นปีที่ 1 จะเป็นช่วงของการปรับตัวจากการเปลี่ยนสถานศึกษาจากโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมาสู่รั้วมหาวิทยาลัย ทำให้ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ สถานที่ใหม่ที่อาจยังไม่คุ้นเคยกันมากนัก จึงอาจพบการใช้วิธีการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ได้ เมื่อผ่านมาสู่ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 แล้วก็อาจมีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมากขึ้น เกิดการรวมกลุ่ม รวมถึงเกิดความรู้สึกอยากมีพลังอำนาจเหนือกลุ่มอื่นหรือผู้อื่นจึงทำให้มีพฤติกรรมการรังแกและการตกเป็นเหยื่อการรังแกได้เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ไม่พบความแตกต่างของการมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตทั้ง 4 ชั้นปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sukum (1999) ที่กล่าวไว้ว่าในช่วงวัยที่ใกล้เคียงกันบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของแต่ละคน

ที่แตกต่างกันทำให้บางคนอาจกลายเป็นผู้รังแกคนอื่น ในบางคนก็มีบุคลิกภาพที่มักจะถูกรังแกได้ง่ายทำให้เมื่อต้องมาอยู่ร่วมกันในบริบทของสถานศึกษาจึงมีโอกาสที่จะถูกรังแกและตกเป็นเหยื่อการรังแกไม่ต่างกัน นอกจากนี้จากการศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ของ Surat (2018) ยังพบว่าเกิดจากเหตุการณ์ความขัดแย้งที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้รังแกกับผู้ตกเป็นเหยื่อการรังแก ซึ่งส่วนใหญ่ทั้งสองฝ่ายมักมีความสัมพันธ์เป็นเพื่อนสนิทหรือเพื่อนร่วมสถาบันการศึกษา ส่วนสาเหตุอันดับสองเกิดจากการเล่นสนุกด้วยความคึกคะนองระหว่างกลุ่มเพื่อนโดยความสัมพันธ์ระหว่างสองฝ่ายยังเป็นเพื่อนสนิทกันและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันโดยที่ฝ่ายผู้รังแกกระทำไปเพราะคิดว่าพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นเพียงการเล่นสนุกเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นหากบุคคลมีทัศนคติที่สนับสนุนหรือเห็นด้วยกับการใช้ความรุนแรงก็จะทำให้มีการกระทำความรุนแรงหรือเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นได้ (Kongsuwan, Suttharungsee, & Vanaleesin, 2019)

เมื่อพิจารณาการตอบตามความปรารถนาของสังคมของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยของการตอบตามความปรารถนาของสังคมเท่ากับ 3.20 (S.D.=1.68) ซึ่งน้อยที่สุดในทั้ง 4 ชั้นปี โดยชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยของการตอบตามความปรารถนาของสังคมที่ใกล้เคียงกัน คือ 3.87, 5.04 และ 4.53 ตามลำดับ (S.D.= 2.14, 2.68 และ 2.67) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่จะทำการเรียนการสอนอยู่ภายนอกคณะพยาบาลศาสตร์ ส่วนชั้นปีที่ 2 ถึง 4 จะเป็นการเรียนที่อยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์เป็นหลักซึ่งการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์นี้จะมีกระบวนการเตรียมนิสิตเพื่อให้เป็นผู้ที่มีคุณลักษณะตามความคาดหวังของวิชาชีพที่เน้นการแสดงออกถึงความสุภาพต่อบุคคลทั่วไปทั้งที่เป็นผู้รับบริการและบุคคลอื่นจึงอาจทำให้มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการความปรารถนาของสังคมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในชั้นปีที่ 1 อย่างไรก็ตามในขณะที่การตอบตามความปรารถนาของสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันแต่กลับพบพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์และการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาลในยุคปัจจุบันมีอุบัติการณ์ที่มากขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยอาจนำวิธีการที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับกิจกรรมในหลักสูตร หรือพัฒนาหลักสูตรเสริมวิชานอกห้องเรียนเพื่อให้นิสิตพยาบาลได้เกิดการพัฒนาตนเองและนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการศึกษาทางการพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้ความรู้ และนำไปพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอนและกิจกรรมอื่นๆ รวมถึงเป็นแนวทางการจัดระบบการให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพนิสิต และสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์เพื่อให้เกิดการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนิสิตพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Amaraphibal, A. (2016). Cyber-bullying victimization among youths: Risk factor, mental health impacts and reporting to the third person. *Research Methodology & Cognitive Science, 14*(1), 59-73. (In Thai).

Amaraphibal, A., Rujipak, T., & Payakkakom, A. (2013). A model explaining violent behavior among youth: A case study of middle school students in Bangkok, Thailand. *International Journal of Asian Social Science, 3*(3), 703-726.

Archaphet, N. (2017). Cyberbullying: Aggressive misbehavior and innovation for solution. *Journal of Social Communication Innovation, 1*(9), 100-106. (In Thai).

Aricak, O. T. (2016). The relationship between mental health and bullying. In Cowie, H., & Myers, C. A. (Eds.), *Bullying among University Students: Cross-national perspectives* (pp. 76–90). London, UK: Routledge.

Bonanno, R. A., & Hymel, S. (2013). Cyber bullying and internalizing difficulties: Above and beyond the impact of traditional forms of bullying. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(5), 685-697.

Burnham, J. J., Wright, V. H., & Houser, R. A. (2011). Cyberbullying: Emergent concerns for adolescents and challenges for school counselors. *Journal of School Counseling, 9*(15), 619-640.

ÇELİK, S., Atak, H., & Erguzen, A. (2012). The effect of personality on cyberbullying among university students in Turkey. *Kişilik Özelliklerinin Siberzorbalık Üzerindeki Etkisi,* (49), 129-150.

Craig, W., Harel-Frisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dostaler, S., Hetland, J., Simons-Morton, B., ..., & Molcho, M. (2009). A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health, 54,* 216–224.

Cyberbullying Research Center. (2015). *2015 cyberbullying data.* Retrieved from http://cyberbullying.org/2015-data

Doane, A. N., Kelley, M. L., Chiang, E. S., & Padilla, M. A. (2013). *Development of the cyberbullying experiences survey.* Retrieved from http://eax.sagepub.com/content/1/3/207

Doungpet, B. (2016). *Cyberbullying of Higher Education Students in Chiang Mai.* (Independent Study), Maejo University. (In Thai)

Englander, E. K. (2011). *MARC freshman study 2011: Bullying, cyberbullying, risk factors and reporting.* Retrieved from http://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=marc_reports

Finn, J. (2004). A survey of online harassment at a university campus. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(4), 468-483.

Fowler, D. (2016). *Back to school-let's keep our kids safe online.* Retrieved from https://www.act-on.com/blog/back-to-school-lets-keep-our-kids-safe-online

Giovazolias, T., & Malikiosi-Loizos, M. (2016). Bullying at Greek universities: An empirical study. In Cowie, H., & Myers, C. A. (Eds.), *Bullying among university students: Cross-national perspectives* (pp. 110–126). London: Routledge.

Kokkinos, C. M., Antoniadou, N., & Markos, A. (2014). Cyber-bullying: An investigation of the psychological profile of university student participants. *Journal of Applied Developmental Psychology, 35*(3), 204-214. doi: 10.1016/j.appdev.2014.04.001

Kongsuwan, V., Suttharungsee, W., & Vanaleesin, S. (2019). The effect of the development of a core-team youth Thai-Muslim program toward violence prevention among youths in Southern Thailand. *Nursing Journal, 46*(2), 108-119. (In Thai)

Kowalski, R. M., Limber, S. P. & Agatston, P. W. (2008). *Cyberbullying: Bullying in the digital age.* Malden MA: Blackwell Publishing.

Kwan, G. C. E., & Skoric, M. M. (2013). Facebook bullying: An extension of battles in school. *Computers in Human Behavior, 29*(1), 16-25.

Lampman, C. (2012). Women faculty at risk: U.S. professors report on their experiences with student incivility, bullying, aggression, and sexual attention. *Journal of Student Affairs Research and Practice, 5,* 184–208.

MacDonald, C. D., & Roberts-Pittman, B. (2010). Cyber-bullying among college students: Prevalence and demographic differences. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 9,* 2003-2009.

McKay, R., Arnold, D. H., Fratzl, J., & Thomas, R. (2008). Workplace bullying in academia: A Canadian study. *Employee Responsibilities and Rights Journal, 20*(2), 77–100.

Melis, S. O., & Serra, I. (2014). The perception of cyberbullying and cybervictimization by university students in terms of their personality factors. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 116,* 4379–4383.

Ministry of Information and Communication. (2016). *Survey report of internet users' behavior.* Retrieved from https://www.msociety.go.th/article_attach/17972/20096.pdf

Minor, M. A., Smith, G. S., & Brashen, H. (2013). Cyberbullying in higher education. *Journal of Educational Research and Practice, 3,* 15–29.

Musikapan, W., Pokpong, S., Songsiri, N., & Surat, P. (2009). *Cyber bullying behavior among Youths in Bangkok.* Bangkok: The Wisdom Society for Public Opinion Research of Thailand. (In Thai)

National Crime Prevention Council [NCPC]. (2014). *Cyber-bullying victimization among youths: Risk factor, mental health impacts and reporting to the third person.* Retrieved from http://obullying.com/cyberbullying-bullying-statistics-2014-finally

National Institute for Child and Family Development. (2010). *Cyber-bully.* Retrieved from http://www.momypedia.com/webboard/-625177/

O'Brien, N., & Moules, T. (2010). *The impact of cyber-bullying on young people's mental health.* Retrieved from http://www.ncb.org.uk/media/111007/cyberbullying_report.pdf

Panthulawan, S., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., & Srisuphan, W. (2016). Development and psychometric testing of the nursing performance for patient safety scale. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 20,* 45-59.

Pavakul, K., & Sukanich, P. (2011). The study of bully behaviors and the level of self-esteem in a Bangkok secondary school. *The Journal of The Psychiatric Association of Thailand, 56*(1), 35-44. (In Thai)

Puengchompoo, W., & Panuthai, S. (2014). Developing of the learning and teaching with e-learning model for undergraduate nursing students in a gerontological nursing course. *Nursing Journal, 41.* 11-25. (In Thai)

Samoh, N., Boonmongkon, P., Ojanen, T. T., Samakkeekarom, R., & Guadamuz, T. E. (2014). Youth perceptions on cyberbullying. *Journal of Behavioral Science for Development, 6*(1), 351-364. (In Thai)

Shariff, S. (2008). *Cyber-Bullying: Issues and solutions for the school, the classroom and the home.* United Kingdom: Routledge.

Sittichai, R., & Tudkuea, T. (2017). Cyberbullying behavior among youth in the three southern border provinces, Thailand. *Academic Services Journal Prince of Songkla University, 28*(1), 86-99. (In Thai)

Sukum, P. (1999). *Bullying-from backyard to boardroom.* Bangkok: Kopfi. (In Thai)

Surat, P. (2018). Causes and effects related with cyberbullying: A case study of cybervictim Thai youths. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology, 4*(1), 260-273. (In Thai)

Suriyabadara, V. (2017). An analysis of the attitude towards cyberbullying and cybervictimization among the university students of Sri Langka. *World Journal of Social Science, 4*(2), 18-31.

Tokunaga, S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computer in Human Behavior, 26,* 277-287.

Veenstra, S. (2011). *Cyberbullying: an explanatory analysis.* Retrieved from http://www.cyrenjeugd.nl/files/Veenstra,%20S.%20(2011)%20Cyberbullying%20%20an%20explanatory%20analysis.pdf

Wang, J., Nansel, T. R., & Iannotti, R. J. (2011). Cyber and traditional bullying: Differential association with depression. *Journal of Adolescent Health, 48*(4), 415-417.

Wildermuth, S., Davis, C. B. (2012). Flaming the faculty: Exploring root causes, consequences, and potential remedies to the problem of instructor-focused uncivil online student discourse in higher education. In Wankel, L. A., & Wankel, C. (Eds.), *Misbehavior Online in Higher Education: Cutting-Edge Technologies in Higher Education* (pp. 379-404). Bingley, UK: Emerald.

Yang, S., Stewart, R., Kim, J., Kim, S., Shin, I., Dewey, M. E., ... , & Yoon, J. S. (2013). Differences in predictors of traditional and cyber-bullying: A 2-year longitudinal study in Korean school children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 22*(5), 309-318.

Yen, C. F., Yang, P., Wang. P. W., Lin, H. C., Liu, T. L., Wu, Y. Y., Tang, T. C. (2014). Association between school bullying levels/types and mental health problems among Taiwanese adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 55*(3), 405-413.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน

Factors Related to Practices of Village Health Volunteers in Preventing Pulmonary Tuberculosis Transmission in Community

เอกพันธ์	คำภีระ *	Aekkaphan	Khampeera *
สุมาลี	เลิศมัลลิกาพร **	Sumalee	Lirtmunlikaporn **
อะเคื้อ	อุณหเลขกะ ***	Akeau	Unahalekhaka ***

บทคัดย่อ

จากอุบัติการณ์ของโรควัณโรคปอดในชุมชนที่เพิ่มสูงขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) การปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของ อสม.ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.ที่ปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 401 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง คือ อำเภอฝาง แล้วคัดเลือกตำบลและรายชื่ออสม. โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลากรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอด อุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด และความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด เครื่องมือได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาอยู่ระหว่าง .89 ถึง 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .70 ถึง .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1) การปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอด อุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอยู่ในระดับสูง และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่าง

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, (Teaching) Boromarajonani College of Nursing, Phayao, akapan5858@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 23 มกราคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 10 เมษายน 2560 วันตอบรับบทความ 13 กรกฎาคม 2560

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของอสม.ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนพบว่า ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอด และความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .195, r = .132 และ r = .227 ตามลำดับ) ส่วนอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงานแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าความรู้ ทัศนคติ และความต้องการการสนับสนุนมีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของอสม. อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติงานของ อสม.ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนเป็นไปได้อย่างประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: *ปัจจัย, การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน*

Abstract

The incidence of pulmonary tuberculosis in the community is increasing. Village Health Volunteers (VHVs) play an important role in caring for population's health and preventing pulmonary tuberculosis transmission in the community. This correlational descriptive research aimed to study: 1) practices of VHVs in preventing pulmonary tuberculosis transmission in community; 2) factors related to the practice of VHVs; and 3) the correlation of factors related to their practices and the practice of VHVs in preventing pulmonary tuberculosis transmission in the community. Four hundred and one VHVs living in Chiang Mai were selected by a purposive sampling for Fang district and a simple random sampling for subdistrict and sample in this study. Data were collected during February to April 2017. The research instruments were questionnaires on personal data, knowledge in preventing pulmonary tuberculosis transmission, attitude towards pulmonary tuberculosis, obstacles in preventing pulmonary tuberculosis transmission, and support needs in preventing pulmonary tuberculosis transmission. The questionnaires were developed by the researcher. The content validity of the questionnaires were tested and approved by five experts. The content validity index was between .89 and 1.00 and reliability values were between .70 and .98. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1) the practice of VHVs in preventing pulmonary tuberculosis transmission in the community was at a moderate level; 2) factors related to the practice of VHVs that were knowledge in preventing pulmonary tuberculosis transmission, attitude towards pulmonary tuberculosis, obstacles in preventing pulmonary tuberculosis transmission were at a moderate level while the support needs in preventing pulmonary tuberculosis transmission were at a high level; and 3) the correlation of factors related to their practices in preventing pulmonary tuberculosis

transmission in the community found that knowledge in preventing pulmonary tuberculosis transmission, attitude towards pulmonary tuberculosis, and support needs in preventing pulmonary tuberculosis transmission were positively correlated to VHVs' practices at the .01 level (r =.195, r =.132, and r =.227, respectively). However, obstacles in preventing pulmonary tuberculosis transmission was negatively correlated to VHVs' practices but was not statistically significant.

The research findings indicate that knowledge, attitudes, and support needs influence VHVs' practices in preventing pulmonary tuberculosis transmission in the community. Therefore, public health officers must pay more attention to ongoing capacity building for VHVs to ensure effective practices in preventing pulmonary tuberculosis transmission in the community.

Keywords: *Factors, The practice of village health volunteers, Preventing pulmonary tuberculosis transmission in community*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคปอดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากมีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและมีการระบาดในกลุ่มผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2015 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคได้รับการวินิจฉัยและรักษาถึง 49 ล้านราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาถึง 480,000 ราย (World Health Organization [WHO], 2015) และมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012 ถึง ค.ศ. 2015 คือ 122 เป็น 142 ต่อแสนประชากร ส่วนในประเทศไทยปี ค.ศ. 2015 พบว่าอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าของปี ค.ศ. 2012 จาก 80 เป็น 172 ต่อแสนประชากร (WHO, 2013; 2016) วัณโรคปอดเป็นโรคเรื้อรังและมีความรุนแรง ร้อยละ 30-40 ของผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตภายในหนึ่งปี หากยังไม่ได้รับการรักษาอีกภายใน 5-7 ปีก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50-70 (Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control, 2013) และในปี พ.ศ. 2558 จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 1,862 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 1,351 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.5 พบผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 1 และพบว่าในอำเภอฝางมีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยมากที่สุดในจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2014)

ปัจจัยที่ทำให้วัณโรคปอดมีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็วในชุมชน พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางระบาดวิทยา โดยพบว่า ร่างกายของคนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ เมื่อใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคก็จะมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นโดยการสูดดม หรือหายใจเอาเชื้อเข้าสู่ร่างกาย โดยที่ปัจจุบันเชื้อวัณโรคมีการพัฒนาความสามารถให้ทนทานต่อการรักษากลายเป็นเชื้อดื้อยาหลายขนาด และรวมถึงการระบายอากาศที่ไม่ดี สถานที่คับแคบก็ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้เช่นกัน (Johnson, Moore, & Patterson-Johnson, 2017) ซึ่งเมื่อป่วยเป็นวัณโรคแล้วจะมีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน และประเทศชาติในด้านเศรษฐกิจ (Hansel, Wu, Chang, & Diette, 2004) ดังนั้นปัจจุบันการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนจึงมีความสำคัญยิ่ง (Decarli, 2003) ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยต้องดูแลตนเองทำให้ร่างกายแข็งแรงอยู่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง มีการป้องกันไม่ให้เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายเพิ่ม โดยการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่เป็นวัณโรค ไม่เข้าไปในสถานที่แออัด และปรับปรุงสภาพ

แวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ เปิดบ้านให้แสงแดดส่องถึงเพื่อฆ่าเชื้อวัณโรค อากาศถ่ายเทสะดวก (Center for Disease Control and Prevention, 2012)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยการค้นหาผู้ป่วย การรักษา การป้องกัน การดำเนินงานควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล (Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control, 2013) และเน้นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่แบบเชิงรุกมากขึ้น ทำการค้นหาในสถานที่ต่างๆ เช่น เรือนจำ ชุมชนแออัด โดยในชุมชนมีอสม. ที่ทำบทบาทสำคัญในการช่วยปฏิบัติงานค้นหาและป้องกันวัณโรคปอด (Sararuk, 2010) มีหน้าที่ให้คำแนะนำผู้ที่เสี่ยงต่อวัณโรค กำกับการรับประทานยา ให้สุขศึกษา ให้กำลังใจผู้ป่วย และคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control, 2012) อสม. จึงเป็นเสมือนตัวกลางระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนที่เข้ามาร่วมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด (Tetjativaddhana & Kitreerautiwong, 2014) โดยลักษณะงานนี้เป็นงานเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เห็นความสำคัญแตกต่างกัน ทำให้บางพื้นที่ละเลยการอบรมให้ความรู้ รวมถึงทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนแก่ อสม. (Sawadee, 2016) แท้ที่จริงแล้วอสม. ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่เมื่อไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเลยก็ทำให้เกิดปัญหาการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนมีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลถึงงานป้องกันวัณโรคในระดับประเทศด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานโดยตรง รวมถึงอุปสรรค และความต้องการที่เป็นปัจจัยร่วมทำให้การปฏิบัติงานนั้นประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น (Suriya, 2015; Daengthone, Kasatpibal, & Unahalekhaka, 2013; Sawasrak, Unahalekhaka, & Lertwatthanawilat, 2014; Phomborphub, Pungrassami, & Boonkitjaroen, 2008) โดยพบว่าการศึกษาที่ผ่านมายังคงมีการศึกษาแยกเป็นประเด็นแต่ละปัจจัย ดังนั้นทำให้การศึกษาครั้งนี้ เป็นการรวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องนำเข้ามาศึกษาเพื่อดูความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยต่อการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน ผลการศึกษาจะเป็นการเติมเต็มช่องว่างของความรู้และนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาศักยภาพของอสม.ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพในการป้องกันวัณโรคในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติงานของอสม.ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนเป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน ได้แก่ ความรู้

ทัศนคติ อุปสรรค และความต้องการการสนับสนุน จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่กล่าวมามีผลกับการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน ซึ่งผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการศึกษาการปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน ทำการศึกษาในอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข และปัจจุบันปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 35,061 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยคัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดในเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย คือ จับสลากตำบลจำนวน 4 ตำบล จาก 8 ตำบล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย คือ จับสลากรายชื่อ อสม.ในแต่ละตำบลตามสัดส่วน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Krejcie and Morgan (Burns & Grove, 2009) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 379 ราย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการการสูญหายของข้อมูล รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 401 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นอสม.การได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอดและแหล่งของการได้รับความรู้

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 28 ข้อ โดยเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ถ้า“ตอบถูก” ให้ 1 คะแนน และ “ตอบผิด” ไม่ได้คะแนน

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 14 ข้อ โดยการเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มี 3 ด้าน ดังนี้ ทัศนคติต่อโรควัณโรคต่อผู้ป่วยและต่อบทบาทของ อสม.

4. แบบสอบถามอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 14 ข้อ โดยการเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มี 3 ด้าน ดังนี้ อุปสรรคในการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสิ่งสนับสนุน

5. แบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 15 ข้อ โดยการเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มี 3 ด้าน ดังนี้ ความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

6. แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนของอสม. ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 25 ข้อ โดยการเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลยมี 5 ด้าน ดังนี้ การกำกับการรับประทานยาวัณโรค การให้กำลังใจผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วย และการให้สุขศึกษากับผู้ป่วยวัณโรคปอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาอยู่ระหว่าง .89-1.00 ซึ่งทั้งหมดเป็นค่าที่ยอมรับได้ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยความรู้ใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น

.70 และใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient วัดค่าความเชื่อมั่นของทัศนคติ อุปสรรค ความต้องการ การสนับสนุน และการปฏิบัติงานของอสม.อยู่ระหว่าง .81-.98 ซึ่งทั้งหมดเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Burns & Grove, 2009)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมีการอธิบายสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยครั้งนี้ และข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลต่างๆ ในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ-สกุลที่แท้จริง โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเซ็นลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการบังคับก่อนการทำงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ใช้วิธีการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในการประชุมประจำเดือนของ อสม. ณ รพ.สต. แต่ละตำบล มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอม ลงชื่อในใบยินยอมให้ทำการวิจัย ใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 30 นาที และผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง แจกแบบสอบถามทั้งหมด 401 ชุดและได้คืนทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ในการป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 401 ราย ร้อยละ 68.83 เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 19-68 ปี ร้อยละ 40.90 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 75.31 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.12 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.12 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีระยะเวลาการเป็น อสม.อยู่ระหว่าง 2 เดือน ถึง 38 ปี 6 เดือน ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องวัณโรค เลยร้อยละ 56.11 โดยคนที่เคยได้รับความรู้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 46.88 และในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยมีการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคร้อยละ 72.82

การปฏิบัติงานของอสม.อยู่ในการปฏิบัติระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 30.57, S.D. =18.82) และพบว่า ทุกด้านอยู่ในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติภาพรวมและรายด้าน (n=401)

การปฏิบัติงาน	พิสัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติงาน
การปฏิบัติงานในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	0-50	30.57	18.28	ปานกลาง
ด้านกำกับการรับประทานยาวัณโรค	0-6	2.99	2.41	ปานกลาง
ด้านการให้กำลังใจผู้ป่วย	0-6	3.81	2.35	ปานกลาง
ด้านการติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา	0-6	3.38	2.37	ปานกลาง
ด้านการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วย	0-6	3.69	2.68	ปานกลาง
ด้านการให้สุขศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอด	0-26	16.70	9.86	ปานกลาง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 21.83, S.D. = 2.67) ทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 42.32, S.D. = 4.53) โดยทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน อุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 40.73, S.D. = 5.58) พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 49.78, S.D. = 5.73) และพบว่าทุกด้านของความต้องการการสนบัสนุนอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาพรวมและรายด้าน (n=401)

ปัจจัย	พิสัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการแปลผล
1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ				
วัณโรคปอด	10-28	21.83	2.67	ปานกลาง
2. ทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอด ภาพรวม	30-56	42.32	4.53	ปานกลาง
ทัศนคติต่อโรควัณโรคปอด	8-20	15.14	2.07	ปานกลาง
ทัศนคติต่อผู้ป่วยวัณโรคปอด	10-20	14.81	1.78	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการบทบาทของอสม.	7-16	12.38	1.75	ปานกลาง
3. อุปสรรค	25-69	40.73	5.58	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.	8-20	14.78	2.24	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	8-20	14.07	2.32	ปานกลาง
ด้านสิ่งสนับสนุน	5-16	11.24	2.11	ปานกลาง
4. ความต้องการการสนับสนุน	26-60	49.78	5.73	สูง
ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด	5-20	16.65	2.35	สูง
ด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่	8-20	16.58	2.08	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	9-20	16.53	2.03	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของอสม.ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนพบว่า ความรู้ ทัศนคติและความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดของอสม.ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.01 (r=.195, r = .132, และ r = .227 ตามลำดับ) มีเพียงอุปสรรคที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงานในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (r = -.007) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน (n = 401)

ตัวแปร	ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติงานของอสม.
ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด	.195*
ทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอด	.132*
อุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด	-.007
ความต้องการการสนับสนุนในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด	.227*

* $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานของ อสม. อยู่ในการปฏิบัติระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 30.57, S.D. = 18.82) โดยพบว่า ทุกด้านอยู่ในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) และพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.36 มีการปฏิบัติงานในระดับมาก รองลงมามีการปฏิบัติงานในระดับน้อยร้อยละ 26.43 และมีการปฏิบัติงานในระดับปานกลางร้อยละ 19.21 เนื่องจาก อสม. ทุกคนต้องปฏิบัติงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ตามลักษณะงานหรือไม่ก็ต้องทำงานนั้นจึงทำให้การปฏิบัตินั้นอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tetjativaddhana and Kitreerautiwong (2014) วิจัยเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ที่ว่าการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65.5 อาจเนื่องมาจากการที่ อสม. ได้รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ช่วยเหลืองานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานที่ต้องสามารถปฏิบัติได้ทุกสถานการณ์ในชุมชนของตนเอง (Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control, 2013) ทำให้ อสม. ต้องปฏิบัติงานในชุมชนแม้จะเคยหรือไม่เคยได้รับความรู้นั้นมาก่อน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด (ตารางที่ 2) ประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติ อุปสรรค และความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 21.83, S.D. = 2.67) โดยความรู้ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด ไอ จาม ควรปิดปากและปิดจมูกให้มิดชิดทุกครั้งร้อยละ 98.05 ความรู้ที่ตอบผิดมากที่สุด คือ การคัดกรองวัณโรคปอด คือ การเก็บเสมหะส่งตรวจเท่านั้นร้อยละ 86.10 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suriya (2015) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สิน พบว่าความรู้เกี่ยวกับวัณโรคภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท อสม.อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lopet (2011) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม. อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 79 เนื่องจากว่า อสม. ในพื้นที่แต่ละพื้นที่นั้นจะได้รับการอบรมความรู้ตามปัญหาของพื้นที่ซึ่งในพื้นที่การวิจัยปีที่ผ่านมาไม่มีการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยังคงมีความรู้จากประสบการณ์เดิม และ

ปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสะดวกรวดเร็วขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอดของอสม.อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 42.32, S.D. = 4.53) และทัศนคติทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suriya (2015) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในภาพรวมในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.78 รายด้านมีทัศนคติเกี่ยวกับโรควัณโรคมีค่าเฉลี่ย 2.52 ทัศนคติต่อผู้ป่วยวัณโรคมีค่าเฉลี่ย 3.55 และทัศนคติต่อบทบาทอสม. ในการดำเนินงาน วัณโรคมีค่าเฉลี่ย 4.12 ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน จากการศึกษาในประเทศไนจีเรียเกี่ยวกับทัศนคติของชุมชนต่อวัณโรคปอดพบว่า มีการยอมรับผู้ที่เป็นวัณโรคปอดในการชุมนุมทางสังคม และให้ออกมายังที่สาธารณะร้อยละ 44.3 และ 44.9 ตามลำดับ ยินดีที่จะดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 76.4 และมีความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ติดเชื้อวัณโรคปอดต่อเนื่องร้อยละ 50.9 (Tobin, Okojie, & Isah, 2013) จากข้อมูลทำให้เห็นว่าการยอมรับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดในปัจจุบันมีมากขึ้น ไม่มีความรังเกียจผู้ป่วยเหมือนแต่ก่อน ดังนั้นผู้ที่ต้องทำหน้าที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

อุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดของอสม.อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 40.73, S.D. = 5.58) และทุกด้านจัดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาเรื่องอุปสรรค และสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย (Sawasrak, Unahalekhaka, & Lertwatthanawilat, 2014) อาจเนื่องมาจากว่าการศึกษานี้จัดทำในโรงพยาบาลและเป็นการปฏิบัติของพยาบาล ซึ่งมีการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ลดการติดเชื้อให้น้อยที่สุด แต่งานวิจัยครั้งนี้จัดทำในชุมชน ทำให้อสม.ต้องพบเจออุปสรรคต่างๆ และแก้ไขปัญหานั้นไปตลอดเวลาเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในการปฏิบัติงานของอสม. อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 49.78, S.D. = 5.73) และความต้องการการสนับสนุนอยู่ในระดับสูงทุกด้าน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมืองความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในการปฏิบัติงานของ อสม.จึงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kasemsuk & Koshakri (2015) เรื่องความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความต้องการพัฒนาศักยภาพและความสามารถอย่างต่อเนื่อง และเสนอแนวทางในการที่หลากหลายที่เจ้าหน้าที่ควรเพิ่มเติมตามความต้องการนั้น และจากผลการวิจัยพบว่าอสม. ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคเลยร้อยละ 56.11 โดยคนที่เคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดถึงร้อยละ 46.88 และใน 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคร้อยละ 72.82 จะเห็นได้ว่า กลุ่มต้องอย่างยังคงต้องได้รับการสนับสนุนเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอย่างมาก และงานวิจัยของ Lopet (2011) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน พบว่า อสม. มีความต้องการในด้านงบประมาณร้อยละ 36.80 เพราะว่า อสม. มีความยินดีเข้ามาทำงานจึงควรมีงบประมาณเพื่อเป็นการสร้างขวัญ และกำลังใจความต้องการการสนับสนุนที่สูง อาจเนื่องมาจากว่าอสม. ทำงานกับคนในชุมชนทำให้มีความต้องการที่จะพัฒนาองค์ความรู้ให้สามารถนำไปดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องการอุปกรณ์ที่ครบถ้วน สะดวก และรวดเร็วในการใช้และต้องการให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มมากยิ่งขึ้น เพื่อให้คนในชุมชนยอมรับในศักยภาพของ อสม.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของอสม.ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ปอดของอสม. ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่. 01 (r=.195, r = .132, และ r = .227 ตามลำดับ) เป็นเพราะว่าการปฏิบัติงานจะขาดความรู้ ทัศนคติที่ดีก็จะทำให้การปฏิบัติงานไม่ดีตามมาด้วย ส่วนความต้องการการสนับสนุนนั้นถ้าอสม. ได้รับการสนับสนุนที่ครบถ้วนการปฏิบัติงานก็ย่อมดีตามมา มีเพียงอุปสรรคที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงานในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (r = -.007) (ตารางที่ 3) อาจเป็นเพราะ อสม.ปฏิบัติงานมานานพบกับอุปสรรคมานับไม่ถ้วน สามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ แต่ถ้าขจัดอุปสรรคไม่ให้เกิดขึ้นได้ก็จะส่งเสริมการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น โดยแยกเป็นรายด้านดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suapumee (2013) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของประชาชนตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ Tetjativaddhana and Kitreerautiwong (2014) วิจัยเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับผลของการปฏิบัติงานของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากว่าการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมาจากการที่คนที่ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและการปฏิบัติงานสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wonchaiya, Pinjai, Arunrungrod, & Thechawisad (2011) เรื่องความรู้ ทัศนคติ ความคาดหวัง และการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิของผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานโดยคนที่ปฏิบัติงานมานานจะมีทัศนคติที่ดีกว่าคนเริ่มปฏิบัติงาน และในลูซากา แซมเบีย พบว่าทัศนคติและการปฏิบัติตามการรักษาวัณโรคมีความสัมพันธ์กัน (Mweemba et al., 2008) การที่อสม. จะปฏิบัติงานให้สำเร็จได้นั้นต้องมีทัศนคติที่ดีต่องานที่จะปฏิบัติจึงจะส่งผลให้การปฏิบัติงานนั้นง่ายขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการสนับสนุนและการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kasemsuk & Koshakri (2015) เรื่องความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน พบว่าอสม. รับรู้ความต้องการ ทำให้เจ้าหน้าที่ก็จัดหาสิ่งต่างๆ ตามความต้องการอย่างตรงจุด ตรงประเด็น ทำให้การปฏิบัติงานนั้นง่ายและสำเร็จได้รวดเร็วขึ้น และความสัมพันธ์ระหว่างอุปสรรคและการปฏิบัติงานสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sepsamut & Boromtanarat (2011) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรควัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าการที่อุปสรรคมีมากก็ส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นไปได้ยากลำบากมากขึ้น ทำให้การปฏิบัติงานลดลงไป แต่อสม. ก็ยังคงพยายามปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถของตนเอง ตามบริบทของพื้นที่ สามารถแก้ไขปัญหาได้ตามสถานการณ์และบริบทของชุมชน ทำให้เกิดผลการวิจัยที่อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการทำงานแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. คือ ความรู้ ทัศนคติ และความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม. ซึ่งเป็นไปตามบริบทของพื้นที่แต่ละพื้นที่ แต่อุปสรรคเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นและก็มีการแก้ไขปัญหาอุปสรรคนั้นทำให้อสม. รู้สึกว่าไม่ใช่ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พัฒนาแนวทางการสร้างเสริมศักยภาพของอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดโดยเน้นเรื่องความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง เน้นการส่งเสริมทัศนคติที่ดีกับวัณโรคปอด ตอบสนองการช่วยแก้ไขปัญหา

อุปสรรค และเพิ่มการสนับสนุนด้านความรู้ อุปกรณ์ในการป้องกันและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยทำนายในการปฏิบัติงานในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดของอสม. สร้างโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติต่อบทบาทของอสม. ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติงานของอสม.ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control. (2012). *Guide to learn, understand to tuberculosis for village health volunteers.* Retrieved from https://sites.google.com/site/tbknowledge/tb-media/print/tb-knowledge-for-health-volunteer. (In Thai)

Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control. (2013). *National tuberculosis control programme guideline, Thailand, 2013.* (2nd ed.). Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand. (In Thai)

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Center for Disease Control and Prevention. (2012). *TB elimination: Tuberculosis information for international travelers.* Retrieved from http://www.cdc. gov/tb/publications/factsheets/general/ltbiandactivetb.htm.

Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2014). *Tuberculosis situation in Chiang Mai.* Retrieved from http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/. (In Thai)

Daengthone, W., Kasatpibal, N., & Unahalekhaka, A. (2013). Effects of reinforcement in prevention of pulmonary tuberculosis infection on knowledge and practices of people surrounding the refugee camp. *Nursing Journal, 39*(2), 118-131. (In Thai)

Decarli, A. (2003). Concepts of epidemiology: An integrated introduction to the ideas, theories, principles and methods of epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*(8), 639.

Hansel, N. N., Wu, A. W., Chang, B., & Diette, G. B. (2004). Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. *Quality of Research: An International of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 13*(3), 639–652.

Johnson, C., Moore, K. A., & Patterson-Johnson, J. (2017). Tuberculosis: Still an emerging threat. *The Nurse Practitioner, 42*(7), 46–51.

Kasemsuk, W., & Koshakri, R. (2015). The need to improve of health volunteer's ability in home visit for diabetes people in communities. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 16*(2), 59-68. (In Thai)

Lopet, S. (2011). Associated factors to role performance in primary health care of village health volunteers. *Journal of Yala Rajabhat University, 6*(2), 140-149. (In Thai)

Mweemba, P., Haruzivishe, C., Siziya, S., Chipimo, P. J., Cristenson, K., & Johansson, E. (2008). Knowledge, attitude and compliance with tuberculosis treatment, Lusaka, Zambia. *Medical Journal of Zambia, 35*(4), 121-128.

Phomborphub, B., Pungrassami, P., & Boonkitjaroen, T. (2008). Village health volunteer participation in tuberculosis control in Southern Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 39*(3), 542–548. (In Thai)

Sararuk, M. (2010). Empowerment of village health volunteers (VHV). *Journal of Ubon Ratchathani University, 12*(1), 39-48. (In Thai)

Sawadee, K. (2016). *Interview.* TB coordinator. Chiang Mai Provincial Public Health Office. (In Thai)

Sawasrak, K., Unahalekhaka, A., & Lertwatthanawilat, W. (2014). Barriers to and facilitators of infection prevention practices among professional nurses in tertiary care hospitals. *Nursing Journal, 42*(4), 25-35. (In Thai)

Sepsamut, W., & Boromtanarat, C. (2011). Factors affecting the performance of migrant health volunteers toward tuberculosis prevention and control in Samut Sakhon Province. *The seminar to present research results at the graduate level of Sukhothai Thammathirat University 1st time, 1*(1), 1-14. (In Thai)

Suapumee, N. (2013). The relationship between personal factors, knowledge and lung tuberculosis preventive behaviors of people in Suankleau Sub District, Banpong District, Ratchaburi Province, Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 23*(2), 79-93. (In Thai)

Suriya, T. (2015). *Factors related to participation of village health volunteers (VHV) in tuberculosis control in the community: Case study of MaeSin sub-district health promoting hospital* (Research report). [n.p.]. (In Thai)

Tetjativaddhana, P., & Kitreerautiwong, N. (2014). Performance assessment of village health volunteer working in district health network, Pompiram district, Phitsanolok Province. *Journal of Public Health Nursing, 28*(1). P16-28. (In Thai)

Tobin, E. A., Okojie, P. W., & Isah, E. C. (2013). Community knowledge and attitude to pulmonary tuberculosis in rural Edo state, Nigeria. *Archive of "Annals of African Medicine", 12*(3), 148-54.

Wonchaiya, P., Pinjai, P., Arunrungrod, P. & Thechawisad, S. (2011). Knowledge, attitudes, expectations and practicality of primary care service for practitioners, Boromarajonani College of Nursing, Phayao. Retrieved from http://web.bcnpy.ac.th/research/index.php/2013-10-31-03-47-22/knowledge-research/26-2013-11-01-01-47-44. (In Thai)

World Health Organization [WHO]. (2013). *Global tuberculosis report 2013.* World Health Organization. France.

World Health Organization [WHO]. (2015). *Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. World Health Organization.* Retrieved from https://www.who.int/tb/publications/latent-tuberculosis-infection/en/

World Health Organization [WHO]. (2016). *Global tuberculosis report 2016.* Retrieved from http://who.int/tb/publications/global_report/en/

การพัฒนาสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา

Development of Multimedia in Preventing Pulmonary Tuberculosis Infection for Myanmar Workers

ศศิวรรณ	บัวแดง *	Sasiwun	Buadaeng *
นงค์คราญ	วิเศษกุล **	Nongkran	Viseskul **
อะเคื้อ	อุณหเลขกะ ***	Akeau	Unahalekhaka ***

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของวัณโรคปอดในกลุ่มแรงงานเมียนมามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดแก่กลุ่มแรงงานเมียนมาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา ซึ่งประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์และสื่อสปอตประชาสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แรงงานเมียนมาที่ทำงานในโรงงานตัดเย็บ เสื้อผ้าขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผนการออกแบบและพัฒนาสื่อประสม แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อการใช้สื่อประสม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อประสม ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาจำนวน 5 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อจำนวน 3 ท่าน เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการแปลด้วยเทคนิคการแปลแบบย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาเมียนมา ซึ่งแบบวัดความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อประสมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .98 ตามลำดับ ประเมินประสิทธิภาพของสื่อประสมโดยการนำไปทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง แบบกลุ่มย่อย และแบบภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ผลการประเมินประสิทธิภาพของสื่อประสม เรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา มีประสิทธิภาพเท่ากับ 1.20 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ที่กำหนดค่าไว้ให้มากกว่า 1.00 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในระดับมากถึงมากที่สุดทั้งในด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ

การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่าสื่อประสมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการนำไปให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มแรงงานเมียนมา และควรนำไปเผยแพร่ให้แก่แรงงานเมียนมาที่ทำงานในสถานประกอบการอื่น

* *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ระมาด ตาก*

* *Professional Nurse, Maeramad Hospital, Tak Province, sasiwun2515@hotmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 21 พฤศจิกายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 14 กุมภาพันธ์ 2560 วันตอบรับบทความ 16 พฤษภาคม 2560

เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดมากยิ่งขึ้น และนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดได้อย่างถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ: *การพัฒนาสื่อประสม, การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด, แรงงานเมียนมา*

Abstract

The epidemic of pulmonary tuberculosis in workers from Myanmar is increasing every year and is an important public health problem in Thailand. Therefore, providing education on preventing pulmonary tuberculosis infection for workers from Myanmar is very crucial. This developmental research aimed to develop multimedia materials on preventing pulmonary tuberculosis infection for workers from Myanmar, consisting of a video and spot media. The samples included 42 Myanmar workers by using purposive sampling method, working in a large garment factory located in the Mae Sot district, Tak Province. The study was conducted from August 2016 to March 2017. The research instruments included a development and design plan for the multimedia materials, a multimedia user opinion questionnaire, a demographic data questionnaire, a knowledge test of preventing pulmonary tuberculosis infection, and a multimedia satisfaction questionnaire. These instruments were validated by five content experts and three media experts, using back translation by Thai-Myanmar language experts.The reliability of the knowledge test and the multimedia satisfaction questionnaire were .80 and .98 respectively. The efficiency of the multimedia materials was tested by one to one, small group, and field test. Data were analyzed using descriptive statistics.

The research findings revealed that the multimedia materials on preventing pulmonary tuberculosis infection had an efficiency of 1.20 achieving the Meguigans standard criteria of 1.00. User satisfaction of the multimedia materials was high to highest for content, design and presentation, and usability.

This research suggests that the developed multimedia material increased knowledge on pulmonary tuberculosis prevention for workers from Myanmar and should be disseminated to workers from Myanmar who work in other workplaces to increase their knowledge and thus improve their practices of pulmonary tuberculosis prevention.

Keywords: *Development of Multimedia, Preventing Pulmonary Tuberculosis Infection, Myanmar Workers*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา โดยมีสาเหตุมาจากความยากจน การอพยพย้ายถิ่นของแรงงาน และการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี อีกทั้งพบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ดื้อยาหลายขนานร้อยละ 2 รักษาซ้ำร้อยละ 19 โดยพบความชุกของวัณโรคปอดสูงในกลุ่มประชากรพิเศษ ซึ่งหมายรวมถึงกลุ่มต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติ ป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 480,000 คน และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (World Health Organization [WHO], 2014) ในปี ค.ศ. 2014 ทั่วโลกพบผู้ป่วยวัณโรคปอดจากการตรวจเสมหะพบเชื้อจำนวน 2,697,969 ราย จากอาการและการวินิจฉัย 2,034,953 ราย และเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับมารักษาซ้ำ 430,621 ราย (WHO, 2015) โดยพบว่าในปี ค.ศ. 2015 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 2.8 ล้านคน คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 217 คน ต่อประชากร 100,000 คน (WHO, 2016)

สาเหตุส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคปอดของกลุ่มแรงงานเมียนมามีหลายประการ ได้แก่ บริบทการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมโดยเฉพาะสิ่งทอและตัดเย็บเสื้อผ้า ซึ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคปอด อีกทั้งการสัมผัสฝุ่นฝ้ายเป็นเวลานานๆ ทำให้ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมเกิดการระคายเคือง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand, 2014) นอกจากนี้การมีความรู้ที่ไม่เพียงพอและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดที่ไม่ถูกต้อง ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคปอดของแรงงานเมียนมา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าแรงงานต่างด้าวที่ยังไม่ติดเชื้อวัณโรคปอดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีความรู้เรื่องวัณโรคปอดอยู่ในระดับต่ำ โดยในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับแรงงานเมียนมาในจังหวัดภูเก็ต พบว่า แรงงานเมียนมาบางรายไม่ทราบเกี่ยวกับวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อ วิธีการติดต่อ และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน การถ่ายเทอากาศ และการดูแลให้แสงสว่างส่องทั่วถึงเพื่อลดจำนวนเชื้อวัณโรค (Thwin & Chapman, 2009) และมีการศึกษาในพื้นที่อุตสาหกรรมที่กำลังเติบโตในประเทศเมียนมา พบว่าแรงงานเมียนมาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเมืองย่างกุ้ง ประเทศเมียนมา ประมาณร้อยละ 50 ไม่ทราบว่าเชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายและมีการติดต่อทางการหายใจ (Thu, Win, Nyunt, & Lwin, 2012) อีกทั้งมีการศึกษาในกลุ่มแรงงานเมียนมาที่เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ผู้ป่วยเมียนมาไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไปพบแพทย์เมื่ออาการรุนแรงหรือรอจนป่วยไปทำงานไม่ไหวจึงไปพบแพทย์ และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (Wongkongdech, Srisaenpang, & Tungsawat, 2015)

การให้ความรู้แก่แรงงานเมียนมาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด ต้องใช้สื่อที่สามารถสื่อสารภาษาเมียนมาที่เข้าใจง่าย เพื่อช่วยแรงงานเมียนมาให้มีความรู้และมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดที่ถูกต้องและเหมาะสม (Htwe, Hongkrailert, & Sillabutra, 2014) ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มแรงงานเมียนมาให้ประสบความสำเร็จ จึงต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของภาษาและมีเนื้อหาของสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มแรงงานดังกล่าว และสื่อที่เหมาะสมควรมีลักษณะหลากหลายที่เรียกว่าสื่อประสม ซึ่งจะให้ผลดีกว่าการใช้สื่อชนิดใดชนิดหนึ่ง เพราะจะกระตุ้นความสนใจและจูงใจให้อยากเรียนรู้ (Thongsawat, 2014) โดยสื่อที่มีประสิทธิภาพต้องนำไปใช้ได้จริง โดยผ่านการตรวจสอบและประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (Colson, Franks, Sondengam, Moverman, & El-Sadr, 2010) นอกจากนี้วิธีการสื่อสารในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ควรเพิ่มทางเลือกสำหรับกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้ ซึ่งต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย (Buadaeng, 2008) โดยการใช้สปอตประชาสัมพันธ์มีความเหมาะสมสำหรับแรงงานเมียนมาที่มีข้อจำกัดด้านทักษะการอ่าน และควรส่งเสริมให้มีการใช้วีดิทัศน์ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความเข้าใจให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ซึ่งแรงงานเมียนมาส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดน้อยมาก อาจเนื่องมาจากอุปสรรคของการสื่อสารด้านภาษา

รวมทั้งบุคลากรสุขภาพมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารด้วยภาษาเมียนมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาสื่อประสมภาษาเมียนมาเพื่อส่งเสริมความรู้และการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดแก่แรงงานเมียนมา ซึ่งจะช่วยป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดรายใหม่ อันอาจเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มแรงงานเมียนมา และสามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่แรงงานเมียนมาที่มารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อประสมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของแรงงานเมียนมาต่อการเรียนรู้ด้วยสื่อประสมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด

คำถามการวิจัย

1. สื่อประสมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมามีเนื้อหาและองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ประสิทธิภาพของการใช้สื่อประสมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมาเป็นอย่างไร
3. ความพึงพอใจต่อการใช้สื่อประสมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมาเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาสื่อประสมภาษาเมียนมาเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดของแรงงานเมียนมา เพื่อใช้ในการส่งเสริมความรู้ให้แก่แรงงานเมียนมา การใช้สื่อประสมเป็นการใช้สื่อที่มีความหลากหลายรูปแบบ โดยสื่อแต่ละชนิดมีความโดดเด่นและช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งช่วยเร้าความสนใจ ซึ่งในการพัฒนาสื่อประสมครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ Alessi & Trollip (1991) ในการพัฒนาสื่อประสมซึ่งประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์และสื่อสปอตประชาสัมพันธ์ มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการ 2) การออกแบบบทเรียน 3) การสร้างบทดำเนินเรื่องของสื่อประสม 4) การสร้างคู่มือการใช้สื่อประสม และ 5) การประเมินผลและปรับปรุงสื่อประสม ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับวัณโรคปอด และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด ซึ่งประกอบไปด้วย การสวมผ้าปิดปากและจมูก การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การทำความสะอาดมือ และการส่งเสริมสุขภาพอนามัย โดยการประเมินค่าประสิทธิภาพของสื่อประสมตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนและคะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ด้วยสื่อประสม (Efficiency = Posttest/Pretest) โดยกำหนดค่ามากกว่า 1.00 แสดงว่า บทเรียนมีประสิทธิภาพ และประเมินความพึงพอใจของแรงงานเมียนมาต่อการเรียนรู้ด้วยสื่อประสมภาษาเมียนมา ประเมินโดยแบบสอบถามความพึงพอใจของแรงงานเมียนมาต่อการใช้สื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา ระยะเวลาศึกษา 8 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ แรงงานเมียนมาที่ทำงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า ซึ่งเป็นโรงงานขนาดใหญ่หนึ่งแห่งในเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 1,200 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานเมียนมาที่ทำงานในโรงงานเย็บผ้าขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 42 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่งจำนวน 2 คน กลุ่มตัวอย่างทดสอบแบบกลุ่มย่อยจำนวน 10 คน และกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบภาคสนามจำนวน 30 คน

โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 18-50 ปี
2. ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องกับกระทรวงแรงงาน
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาเมียนมาได้ทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิดและการจำ
6. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด และการมองเห็น
7. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการแปลด้วยเทคนิคการแปลแบบย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาเมียนมา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อประสม

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด

2. แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดของ Daengthone, Kasatpibal, & Unahalekhaka (2012) และได้ปรับปรุงแบบวัดความรู้ดังกล่าวเพิ่มเติมจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบบวัดความรู้มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปของวัณโรคปอด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด แบบวัดความรู้นี้ผ่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .96 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson [KR-20]) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของแรงงานเมียนมาต่อสื่อประสม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อสื่อประสม 3 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านการออกแบบและการนำเสนอ จำนวน 4 ข้อ และ 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ จำนวน 2 ข้อ รวมมีจำนวนทั้งหมด 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แบบสอบถามความพึงพอใจนี้ผ่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงทางด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการพัฒนาและออกแบบสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด สำหรับแรงงานเมียนมา ผู้วิจัยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาและออกแบบสื่อของ Alessi & Trollip (1991) ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมการ 2) การออกแบบบทเรียน 3) การสร้างบทดำเนินเรื่องของสื่อประสม 4) การสร้างคู่มือเป็นการผลิตคู่มือการใช้สื่อประสม และ 5) การประเมินผลและปรับปรุงสื่อประสม แผนการออกแบบและพัฒนา

สื่อประสมนี้ผ่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเหมาะสมของสื่อประสมจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ 3 ท่าน

2. แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อการใช้สื่อประสมภาษาเมียนมา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินการใช้สื่อและปรับปรุงสื่อประสมภาษาเมียนมา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เนื้อหา การลำดับเรื่อง ความยากง่ายของเนื้อหา และความสะดวกในการใช้งาน มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำถามแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และควรปรับปรุง และคำถามปลายเปิดเพื่อให้ข้อเสนอแนะ แบบสอบถามนี้ผ่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองในคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 062/2559 โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งได้จัดทำเป็นภาษาเมียนมา ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธและถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาในระหว่างที่ทำการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและวิเคราะห์ในภาพรวม

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาสื่อประสม ซึ่งประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์และสื่อสปอตประชาสัมพันธ์ ตามแนวคิดของ Alessi & Trollip (1991) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นในการเตรียมการ (preparation) ผู้วิจัยได้กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสื่อประสม เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมาที่ถูกต้อง จากนั้นรวบรวมข้อมูลโดยการเตรียมความพร้อมของเนื้อหา ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา ให้มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้และครอบคลุม

2. ขั้นการออกแบบ (design instruction) ผู้วิจัยเตรียมพร้อมในเนื้อหา ภาพถ่าย ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ตัวอักษร และเสียง ที่ทำการบันทึกและจัดทำสื่อประสมภาษาเมียนมา โดยเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมาผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และผ่านการแปลด้วยเทคนิคการแปลแบบย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาเมียนมา ผู้วิจัยได้ออกแบบบทเรียนให้ชัดเจนและเรียงลำดับหัวข้อการนำเสนอเนื้อหาทั้งในสื่อวีดิทัศน์และสื่อสปอตประชาสัมพันธ์ ให้มีความถูกต้องและเหมาะสม

3. ขั้นตอนสร้างบทดำเนินเรื่อง (storyboard display) เป็นการออกแบบชุดสื่อประสม ผู้วิจัยออกแบบเขียนเค้าโครงบทเรียนและรูปแบบการนำเสนอบนแผ่นกระดาษ จากนั้นจึงพัฒนาสื่อประสมตามแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อประสม ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ 3 ท่าน

4. ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน (produce supporting material) ผู้วิจัยได้สร้างคู่มือการใช้ชุดสื่อประสมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา เพื่ออธิบายให้ผู้ใช้สื่อประสมเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและเนื้อหาของชุดสื่อประสมซึ่งประกอบด้วย วีดิทัศน์และสปอตประชาสัมพันธ์

5. ขั้นการประเมินผลและปรับปรุงสื่อประสม (evaluate and revise) ผู้วิจัยได้นำสื่อประสมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับแรงงานเมียนมาเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของสื่อประสมดังกล่าว โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงเจ้าของโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในอำเภอแม่สอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2) ภายหลังได้รับการอนุญาตจากเจ้าของโรงงาน ผู้วิจัยจึงเข้าพบเจ้าของโรงงานและผู้ประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3) เลือกผู้ช่วยวิจัย 1 ท่านที่พูดภาษาไทยและภาษาเมียนมาได้ ซึ่งทำงานเป็นล่ามในโรงงานและสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มาเป็นล่ามช่วยแปลภาษาและเป็นผู้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้กับแรงงานเมียนมาในการดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงขั้นตอนและกระบวนการใช้สื่อประสมภาษาเมียนมาในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด ก่อนเริ่มการดำเนินการวิจัย

4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยประสานงานกับผู้ประสานงานในโรงงาน โดยคัดเลือกแรงงานเมียนมาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมในการวิจัย

5) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และดำเนินการรวบรวมข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6) ผู้วิจัยนำสื่อประสมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยสื่อวีดีทัศน์และสื่อสปอตประชาสัมพันธ์ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาประสิทธิภาพ โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

6.1) การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ผู้วิจัยนำสื่อประสมไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการใช้สื่อประสมแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการทดสอบขั้นนี้เป็นการศึกษาถึงข้อบกพร่องของสื่อประสม ลำดับการนำเสนอและความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อการใช้สื่อประสม เพื่อบันทึกสิ่งที่ต้องแก้ไขและข้อเสนอแนะหลังการเรียนรู้ด้วยสื่อประสม หลังจากนั้นได้นำสื่อประสมไปทดสอบแบบกลุ่มย่อยต่อไป

6.2) การทดสอบแบบกลุ่มย่อย ผู้วิจัยนำสื่อประสมไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการใช้สื่อประสมเช่นเดียวกันกับการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการทดสอบความสามารถของสื่อประสม เช่น การสังเกตพฤติกรรมการเรียน ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียน และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สื่อประสม เป็นต้น และผู้วิจัยได้นำข้อมูลข้อเสนอแนะดังกล่าวไปปรับปรุงแก้ไขสื่อประสม ในเรื่องลำดับการนำเสนอเนื้อหา ภาพเคลื่อนไหว และความชัดเจนของตัวอักษร

6.3) การทดสอบภาคสนาม ผู้วิจัยนำสื่อประสมไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยได้นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเรียนด้วยสื่อประสม จากนั้นได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้และความพึงพอใจต่อสื่อประสม ครั้งละ 5 คน ณ ห้องประชุมของโรงงาน โดยมีการทำแบบทดสอบก่อนเรียนและให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการเรียนรู้ด้วยสื่อประสม หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเรียนและตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อประสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาประสิทธิภาพของสื่อประสมตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ (Meguigans) ซึ่งวิธีการหาประสิทธิภาพของสื่อ (Tiantong, 2005) คำนวณได้จากสัดส่วนของคะแนนแบบทดสอบหลังเรียนกับแบบทดสอบก่อนเรียน หากค่าที่ได้มากกว่า 1.00 แสดงว่าบทเรียนมีประสิทธิภาพ และทดสอบความแตกต่างของความรู้ระหว่างก่อนและหลังการให้ความรู้ด้วยสื่อประสมโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired t-test)

3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 59.5 และเป็นเพศชายร้อยละ 40.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 38.1 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 26.1 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.79 ปี

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.56 ปี กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับเกรด 1-5 และเกรด 6-11 ร้อยละ 50 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 47.6 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวน 5-6 คน รองลงมาร้อยละ 21.4 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวน 3-4 คน และร้อยละ 47.6 มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 5,501-7,000 บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 การพัฒนาสื่อประสม เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา

การพัฒนาสื่อประสม เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา ประกอบไปด้วยสื่อ 2 ประเภท คือ สื่อวีดิทัศน์และสื่อสปอตประชาสัมพันธ์ ที่มีความเหมาะสมกับบริบทและความต้องการของกลุ่มแรงงานเมียนมา โดยสื่อวีดิทัศน์มีลักษณะที่เป็นภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ภาพวาดการ์ตูนแอนิเมชั่น ตัวหนังสือประกอบคำบรรยายภาษาเมียนมา พร้อมเสียงบรรยายภาษาเมียนมา และมีเสียงดนตรีเมียนมาประกอบ มีทั้งหมด 2 ตอน (รวม 20 นาที) คือ ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องวัณโรคปอด (4 นาที 20 วินาที) ประกอบด้วย ความหมายของวัณโรคปอด สาเหตุของการติดเชื้อ อาการและอาการแสดง และวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อ และตอนที่ 2 การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด (15 นาที 40 วินาที) ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การสวมผ้าปิดปากและจมูก การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

สำหรับสื่อสปอตประชาสัมพันธ์มีลักษณะเด่นในด้านการใช้เทคนิคเสียงในการนำเสนอ ได้แก่ การใช้เสียงดนตรีเร้าใจ น้ำเสียงชัดเจน ฟังง่าย สั้นกระชับ และสามารถเปิดฟังซ้ำได้หลายครั้ง สื่อสปอตประชาสัมพันธ์มี 5 ตอน (ตอนละ 1 นาที รวมเวลา 5 นาที) คือ ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องวัณโรคปอด ตอนที่ 2 การทำความสะอาดมือ ตอนที่ 3 การสวมผ้าปิดปากและจมูก ตอนที่ 4 การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และตอนที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพอนามัย

ส่วนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของสื่อประสมภาษาเมียนมา เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับความรู้ด้วยสื่อประสมภาษาเมียนมา (n=30)

ความรู้	คะแนนเต็ม	ระดับคะแนน		Mean	S.D.	t	p-value
		ต่ำสุด	สูงสุด				
ก่อนได้รับความรู้	30	11.00	24.00	18.57	2.79	-7.327	.000
หลังได้รับความรู้	30	18.00	27.00	22.30	2.28		

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนได้รับความรู้ด้วยสื่อประสม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 18.57 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยคะแนนต่ำสุด 11 คะแนน คะแนนสูงสุด 24 คะแนน และหลังได้รับความรู้ด้วยสื่อประสมภาษาเมียนมา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 22.30 คะแนน โดยคะแนนต่ำสุด 18.00 คะแนน คะแนนสูงสุด 27.00 คะแนน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ภายหลังเรียนด้วยสื่อประสมมากกว่าก่อนเรียนด้วยสื่อประสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

นอกจากนี้พบว่าประสิทธิภาพของสื่อประสมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมาเท่ากับ 1.20 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ (Meguigans) ที่กำหนดไว้คือต้องมากกว่า

1 จึงถือได้ว่า สื่อประสมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพยอมรับได้

โดยการคำนวณประสิทธิภาพของสื่อประสมดังกล่าวดังนี้

$$\text{Efficiency} = \frac{\text{P2(Posttest)}}{\text{P1(Pretest)}} = \frac{22.30}{18.57} = 1.20$$

P1 แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบก่อนเรียน
P2 แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบหลังเรียน

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อประสม เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสื่อประสมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเมื่อพิจารณาด้านเนื้อหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในประเด็นเนื้อหาน่าสนใจถึงร้อยละ 86.7 รองลงมา คือ เนื้อหามีความชัดเจนและภาษาที่ใช้มีความชัดเจนและเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 83.3 และเนื้อหาเข้าใจง่าย มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 80.0 สำหรับด้านการออกแบบและนำเสนอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในประเด็นเสียงบรรยายและเสียงเพลงประกอบชัดเจนและน่าฟังถึงร้อยละ 86.7 รองลงมา คือ ขนาดตัวอักษร สีตัวอักษร อ่านง่ายและเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 76.7 สำหรับด้านประโยชน์ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุดในประเด็นสื่อดังกล่าวช่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและวิธีการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด คิดเป็นร้อยละ 80.0 และรองลงมา คือ สื่อดังกล่าวสามารถใช้เรียนรู้ได้ด้วยตนเองและสะดวกต่อการใช้งาน คิดเป็นร้อยละ 73.4

การอภิปรายผล

การพัฒนาสื่อประสม เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมาที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์และสปอตประชาสัมพันธ์ โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้ความคิดเห็นต่อสื่อประสมว่ามีโครงสร้างเนื้อหาชัดเจน ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิด สอดคล้องและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ มีลำดับการนำเสนอเหมาะสม มีความสวยงาม น่าสนใจ ตัวอักษรอ่านง่าย เสียงประกอบคำบรรยายมีความชัดเจน ฟังง่าย น้ำเสียงกระตุ้นความสนใจ ทำให้อยากเรียนรู้ มีการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับบริบทและระดับผู้เรียนซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ โดยการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีเมื่อเนื้อหาของการเรียนรู้นั้นเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ตรงกับความต้องการของตน และสามารถนำมาแก้ไขปัญหาหรือสนับสนุนการปฏิบัติภาระหน้าที่ในชีวิตจริงได้ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2544) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ Alessi & Trollip (1991) ในการพัฒนาสื่อประสมภาษาเมียนมา ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมการเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และรวบรวมเนื้อหา 2) ขั้นตอนในการออกแบบบทเรียน เป็นการวิเคราะห์งานหรือเนื้อหาที่จะนำเสนอโดยใช้สื่อประสม 3) ขั้นตอนสร้างบทดำเนินเรื่อง เป็นการออกแบบเค้าโครงเรื่องของสื่อประสม 4) ขั้นตอนการสร้างคู่มือ เป็นการผลิตคู่มือการใช้สื่อประสม และ 5) ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อประสม จนได้สื่อประสมมีความเหมาะสมกับกลุ่มแรงงานเมียนมา ซึ่งสอดคล้องกับนักการศึกษาหลายท่านที่ได้กล่าวไว้ว่า การให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยการใช้สื่อประสมหรือมัลติมีเดีย (multimedia) นั้น เป็นวิธีการนำสื่อหลายชนิดได้แก่ ตัวอักษร ภาพนิ่ง เสียง และภาพเคลื่อนไหว มาใช้ร่วมกัน ซึ่งสื่อแต่ละชนิด

จะส่งเสริมซึ่งกันและกัน ทำให้ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ได้ดีขึ้น (Malithong, 2005; Viseskul, 2019) โดยสื่อวีดิทัศน์สามารถนำเสนอเรื่องราวในรูปแบบภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียงประกอบคำบรรยาย และมีข้อดีคือให้ความรู้สึกที่เหมือนจริง เร้าความสนใจ ทำให้เรียนรู้ได้ดี มีความสะดวกในการใช้งาน และแสดงขั้นตอนต่างๆ ได้อย่างละเอียด รวมทั้งสามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง (Malithong, 2005; Viseskul, 2019) ส่วนสื่อสปอตประชาสัมพันธ์สามารถเปิดฟังได้ซ้ำกันหลายครั้ง มีลักษณะสั้นกระชับใช้เวลาเพียงเล็กน้อย ประกอบกับการใช้เทคนิคด้านเสียงในการนำเสนอ เช่น ใช้เสียงดนตรีเร้าใจ เสียงประกอบคำบรรยายน้ำเสียงชัดเจน ฟังง่าย เป็นต้น โดยเสียงจะกระตุ้นเตือนและเร้าอารมณ์ ทำให้อยากเรียนรู้ สร้างการรับรู้ และการจดจำให้แก่ผู้ฟังได้ดี ส่งผลให้เกิดการยอมรับ การโน้มน้าวจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Panusbordee, 2013; Viseskul, 2019)

งานวิจัยครั้งนี้พบว่า สื่อประสมภาษาเมียนมา ซึ่งประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องวัณโรคปอด และตอนที่ 2 การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การใส่ผ้าปิดปากและจมูก การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการส่งเสริมสุขภาพอนามัย สำหรับสื่อสปอตประชาสัมพันธ์มี 5 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องวัณโรคปอด ตอนที่ 2 การทำความสะอาดมือ ตอนที่ 3 การใส่ผ้าปิดปากและจมูก ตอนที่ 4 การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และตอนที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพอนามัย โดยพบว่าสื่อประสมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพเท่ากับ 1.20 จึงถือได้ว่าสื่อประสมดังกล่าวมีประสิทธิภาพ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ (Meguigans) ซึ่งคำนวณได้จากสัดส่วนของคะแนนแบบทดสอบหลังเรียนกับคะแนนแบบทดสอบก่อนเรียน ซึ่งหากผลลัพธ์ที่ได้มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าบทเรียนนั้นมีประสิทธิภาพ (Tiantong, 2005) อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ภายหลังเรียนด้วยสื่อประสมมากกว่าก่อนเรียนด้วยสื่อประสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง ผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สื่อประสม มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้จากพยาบาลโดยวิธีการสอนตามปกติ (Noppakun, 2008) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้สื่อประสมที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากสื่อประสมดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการทดสอบประสิทธิภาพและปรับปรุงสื่อประสม ดังนั้นจึงควรจัดให้กลุ่มตัวอย่างใช้สื่อประสมเพื่อเป็นการกระตุ้นและทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังบ่งชี้ให้เห็นว่ากลุ่มแรงงานเมียนมามีความพึงพอใจต่อสื่อประสมที่พัฒนาขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งในด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับจากข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ถือได้ว่าสื่อประสมภาษาเมียนมาสามารถตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับแนวคิดของ Malithong (2005) ที่กล่าวไว้ว่า สื่อประสมเป็นสื่อที่ช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและตั้งใจ เนื่องจากสื่อประกอบด้วยตัวอักษร ภาพกราฟิก ภาพเคลื่อนไหวและเสียง ทำให้น่าสนใจ ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ดังนั้นการพัฒนาสื่อประสมภาษาเมียนมา เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด จึงมีความสำคัญและมีความเหมาะสมกับบริบทและความต้องการของแรงงานเมียนมา โดยอาจเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา ซึ่งเป็นกลุ่มที่บุคลากรสุขภาพมีข้อจำกัดในการให้ความรู้ด้านสุขภาพเนื่องจากอุปสรรคและข้อจำกัดด้านการสื่อสารด้วยภาษาเมียนมา อีกทั้งการให้ความรู้โดยใช้สื่อประสมดังกล่าวอาจช่วยป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดรายใหม่อันอาจเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมการแพร่

ระบาดของเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มแรงงานเมียนมาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการเผยแพร่สื่อประสมภาษาเมียนมาเรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดของแรงงานเมียนมา เพื่อใช้ในการให้ความรู้แก่แรงงานเมียนมาที่ทำงานในสถานประกอบการอื่น และในสถานพยาบาลต่างๆ ที่มีกลุ่มแรงงานเมียนมามารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา เรื่อง ผลของการใช้สื่อประสมต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดของแรงงานเมียนมา โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ควรมีศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อประสมสำหรับแรงงานเมียนมาในเรื่องอื่นๆ เช่น การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

Alessi, S. M., & Trollip, S. R. (1991). *Computer based instruction: Methods and development* (2nd ed., pp. 244-385). New Jersey: Prentice Hall.

Buadaeng, K. (2008). A policy study of health communicator and health construction communication. *Journal of Social Sciences, Chiang Mai University, 20*(1), 145-172. (In Thai)

Colson, P. W., Franks, J., Sondergam, R., Moverman, Y. H., & El-Sadr, W. (2010). Tuberculosis knowledge, attitudes, and beliefs in foreign-born and US-born patients with latent tuberculosis infection. *Journal of Immigrants Minority Health, 12*(6), 859-866.

Daengthone, W., Kasatpibal, N., & Unahalekhaka, A. (2012). Effects of reinforcement in prevention of pulmonary tuberculosis infection on knowledge and practices of people surrounding the refugee camp. *Nursing Journal, 39*(2), 116-131. (In Thai)

Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. (2014). *Byssinosis disease.* Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

Htwe, M. M., Hongkrailert, N., & Sillabutra, J. (2014). Factors affecting preventive behavior of tuberculosis among the family members in Magway District, Magway Region, Myanmar. *Journal of Public Health and Development, 12*(2), 35-48. (In Thai)

Malithong, K. (2005). *Technology and Educational Communication.* Bangkok: Arun Printing. (in Thai)

Noppakun, P. (2008). *Effects of teaching with multi-media on health beliefs and practices in prevention of infection transmission among patients with pulmonary tuberculosis* (Master of Nursing Thesis, Infection Control Nursing), Graduate School, Chiang Mai University. (In Thai)

Panusbordee, S. (2013). Radio spots for the campaign. *Executive Journal, 33*(3), 52-58. (in Thai)

Thongsawat, R. (2014). *Pulmonary tuberculosis preventive behaviors of migrant workers in border factories Thai-Myanmar Three Pagodas Pass Village, Sangkhlaburi District, Kanchanaburi Province* (Master of Public Health), Krirk University. (In Thai)

Thu, A., Win, H., Nyunt, M. T., & Lwin, T. (2012). Knowledge, attitudes and practice concerning tuberculosis in a growing industrialised area in Myanmar. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 16*(3), 330-335.

Thwin, H. T. & Chapman, R. S. (2009). Preventive behaviors of tuberculosis among Myanmar Migrants at Muang District, Phuket Province, Thailand. *Journal of Health Research, 23,* 65-67.

Tiantong, M. (2005). *Courseware design and development for computer instruction.* Bangkok: King Mongkut's University of Technology North Bangkok. (In Thai)

Viseskul, N. (2019). *Development of Teaching-Learning Media in Nursing: Concept and Application.* Chiang Mai: Chotana Print. (In Thai)

Wongkongdech, R., Srisaenpang, S., & Tungsawat, S. (2015). Pulmonary TB among Myanmar migrants in Samut Sakhon province, Thailand: A problem or not for the TB control program? *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 46*(2), 296-305. (In Thai)

World Health Organization. (2014). *Global tuberculosis report 2014.* Retrieved from http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

World Health Organization. (2015). *Global tuberculosis control 2015.* Retrieved from http://www.tbonline.info/posts/2015/10/28/global-tuberculosis-report-2015/

World Health Organization. (2016). *Global tuberculosis report 2016.* Retrieved from http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น

Effect of a Contraceptive Promotion Program on Knowledge and Intention of Contraceptive Use Among Adolescent Mothers

พรรณพิไล	ศรีอาภรณ์ *	Punpilai	Sriarporn *
ฤดี	ปุงบางกะดี **	Rudee	Pungbangkadee **
จิราวรรณ	ดีเหลือ ***	Jirawan	Deeluea ***
จิระศักดิ์	สาระรัตน์ ****	Jirasak	Sararat ****
พัชนียา	เชียงตา *****	Patchaneeya	Chiangta *****
ชัชฎาพร	จันทรสุข ******	Chutchadaporn	Jantarasuk ******
ลวิตรา	เขียวคำ *******	Lawitra	Khiaokham *******
รุณราวรรณ์	แก้วบุญเรือง ********	Runrawan	Kaewboonruang ********

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมของมารดา ทารก ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นคลอดบุตรคนแรก ที่แผนกหลังคลอดในโรงพยาบาล 4 แห่งของภาคเหนือ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 160 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 80 ราย และกลุ่มควบคุม 80 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด 2) คู่มือการคุมกำเนิด 3) แบบประเมินความรู้การคุมกำเนิด และ 4) แบบบันทึก

* *ผู้เขียนหลัก, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, punpilai.sr@cmu.ac.th*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

**** *อาจารย์ คณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

**** *Instructor, Faculty of Mass Communication, Chiang Mai University*

***** *อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี*

***** *Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi*

****** *อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*

****** *Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin*

******* *อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

******* *Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

******** *พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน*

******** *Professional Nurse, Lamphun Hospital*

วันที่รับบทความ 18 ธันวาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 5 มีนาคม 2564 วันตอบรับบทความ 15 มีนาคม 2564

ความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโด ยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบแมน - วิทนีย์ ยู

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังการทดลองคะแนนความรู้การคุมกำเนิดของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ภายหลังการทดลองคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดทำให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น พยาบาลผดุงครรภ์สามารถ นำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นเกิดความตั้งใจในการใช้การคุมกำเนิด และป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

คำสำคัญ: *โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด, มารดาวัยรุ่น, ความรู้, ความตั้งใจ, การตั้งครรภ์ซ้ำ*

Abstract

Repeated pregnancy in postpartum adolescents affects their physical and psychosocial wellbeing. These effects also extend to the newborn, the family, the economy and society. This quasi-experimental study aimed to examine the knowledge and intention of postpartum teenage mothers after received the Contraceptive Promotion Program. The participants were 160 adolescents receiving services from postpartum units in 4 hospitals in Northern Thailand from August 2018 to November 2019. The participants were purposively selected and divided into a control group (n=80) and an experimental group (n=80). The control group received routine postpartum care, while the experimental group participated in the Contraceptive Promotion Program. The research instruments consisted of 1) the Contraceptive Promotion Program, 2) the Handbook of Contraceptive Used for Adolescent Mothers, 3) the Knowledge of Contraception Assessment Form, and 4) the Intention of Contraceptive Use Recording Form. Data were analyzed using descriptive statistics and Mann Whitney-U test.

The results revealed that:

1. After the intervention, the knowledge score of contraception in the experimental group was different from the control group ($p <.001$).

2. After the intervention, the intention score of the experimental group was different from the control group ($p =.01$).

The results of this study showed that the Contraceptive Promotion Program can increase knowledge and intention of contraceptive use in adolescent mothers. Nurse-midwives can use these findings as a guideline to promote intention of contraceptive use and to prevent repeated pregnancy in adolescent mothers.

Keywords: *The Contraceptive Promotion Program, Adolescent mothers, Knowledge, Intention, Repeated pregnancy*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก สถิติการคลอดของมารดาวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี มีประมาณร้อยละ 43.9 ต่อ 1,000 คน โดยพบในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 26.1 ต่อการคลอดของมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2020) ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี 2562 ประเทศไทยมีอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นในช่วงอายุ 10-14 ปี อยู่ที่ 11.1 ต่อประชากรวัยรุ่นในช่วงอายุเดียวกัน จำนวน 1,000 คน และอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นในช่วงอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 31.3 ต่อประชากรวัยรุ่นในช่วงอายุเดียวกัน จำนวน 1,000 คน (Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2020) แม้ว่าสถานการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในประเทศไทยจะลดน้อยลงจากปี พ.ศ. 2556 ที่พบอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ต่อประชากรวัยรุ่นในช่วงอายุเดียวกัน จำนวน 1,000 คน อยู่ที่ 51.21 (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2016) แต่ยังไม่สามารถลดอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดเป้าหมายอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นที่อายุ 10-14 ปี น้อยกว่า 0.5 ต่อประชากรวัยรุ่นอายุในช่วงอายุเดียวกัน จำนวน 1,000 คน และอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ต่อประชากรวัยรุ่นในช่วงอายุเดียวกัน จำนวน 1,000 คน น้อยกว่า 25 ภายในปี พ.ศ. 2569 (Senate of Health Committee, 2011) ดังนั้นปัญหาการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาเร่งด่วนของประเทศที่ควรได้รับการแก้ไข

การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่งผลกระทบต่อตัวมารดาวัยรุ่นทั้งด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งทารก ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม เช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัยรุ่น (Ladewig, London & Davidson, 2014) มารดาวัยรุ่นที่ไม่พร้อมในการมีบุตรจะเกิดความเครียดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตสังคมและภาวะสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและบุตร มีการปฏิเสธไม่สนใจที่จะดูแลบุตร ให้การเลี้ยงดูที่ไม่มีคุณภาพและมีการทารุณกรรมบุตร (Pansuwan, 2016; Ganchimeg, et al., 2014) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า เมื่อมีการตั้งครรภ์มักจะมีผลต่อเนื่องไปถึงการศึกษาเล่าเรียน และการเสียโอกาสในการพัฒนาตนเอง มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องออกจากสถานศึกษา และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำส่งผลต่อการประกอบอาชีพ คุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่น บางรายต้องกลับไปอาศัยกับบิดามารดาหรือขอความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากบิดามารดา (Senate of Health Committee, 2011)

การตั้งครรภ์ซ้ำในระยะ 1-2 ปีของมารดาวัยรุ่นเกิดจากสาเหตุที่สำคัญ คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการคุมกำเนิดและใช้การคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง (Herrman, 2007) ขาดความตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ การไม่ได้รับการบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ (Pungbangkadee, & Ratinthorn, 2015; Wisarutkasempong, & Muangpin, 2016) สำหรับมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก การใช้การคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จะเกิดขึ้นได้จากการที่มารดาวัยรุ่นมีความรู้ และเจตคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มารดาวัยรุ่นยอมรับ (นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, 2551) การสนับสนุนในการคุมกำเนิดที่ได้รับจากสามีหรือคู่รัก บิดามารดา แพทย์ พยาบาล (Norton, Chandra-Mouli, & Lane, 2017) จะช่วยยืดระยะเวลาในการตั้งครรภ์ซ้ำได้มากขึ้น แพทย์และพยาบาลมีความสำคัญต่อความเชื่อและความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ จึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมการคุมกำเนิดในวัยรุ่น (Pungbangkadee, & Ratinthorn, 2015; Bucknall, & Bick, 2019)

ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น โดยสนับสนุน

ค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร กรณีใส่ห่วงอนามัย 800 บาทต่อราย และฝังยาคุมกำเนิด 2,500 บาทต่อราย (Health Assembly, 2017) ซึ่งการคุมกำเนิดดังกล่าวได้มีการให้บริการทั่วประเทศ แต่ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นยังคงมีอยู่และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น (Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2020) อาจเป็นไปได้ว่าแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำไม่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของมารดาวัยรุ่น และไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง ดังนั้นการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในระยะ 1-2 ปี จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่สมควรได้รับการป้องกันโดยเฉพาะในพื้นที่ซึ่งมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำสูง (Jantarasuk, Sriarporn, & Parisunyakul, 2016)

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จึงได้ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลใน 4 จังหวัดคือ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง และพะเยา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและมีความตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในมารดาวัยรุ่น สามีและมารดา รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลมารดาวัยรุ่น เพื่อให้ทราบบริบทของมารดาวัยรุ่นที่มีถิ่นฐานในภาคเหนือ ผลการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า “ควรให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดเป็นกลุ่มเฉพาะวัยรุ่นหรือเป็นรายบุคคล โดยจัดเป็นกิจกรรม เกมส์ มีสื่อเป็นการ์ตูน เรื่องราวเกี่ยวกับการคุมกำเนิด แสดงเป็นโมเดลของจริงในการนำเสนอ ผู้ให้ความรู้ควรเป็นแพทย์พยาบาล โดยควรสอนตั้งแต่ตั้งครรภ์ และหลังคลอดทันที เพราะอยู่ในช่วงของการตระหนักถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมจะได้นำความรู้ไปใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ” จากผลการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาเป็นแนวทางในพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด กำหนดเนื้อหา วิธีการสอนสื่อการสอนให้มีความเหมาะสม ตรงตามความต้องการของมารดาวัยรุ่น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ (integration) ซึ่งเป็นกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนตามความสนใจ ความสามารถ และความต้องการ (Lardizabal, et al., 1970) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ผลเสียหรืออันตรายของการตั้งครรภ์ซ้ำ การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ประโยชน์ของการคุมกำเนิดและการแก้ไขอุปสรรคในการคุมกำเนิด เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิด และสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคุมกำเนิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคุมกำเนิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคุมกำเนิดมีคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดหลังคลอดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. มารดาวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคุมกำเนิดมีคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดหลังคลอดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่งผลกระทบต่อตัวมารดาวัยรุ่นทั้งด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งทารก ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม สาเหตุที่สำคัญคือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการ

คุมกำเนิดและใช้การคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นพัฒนาโดยใช้การแนวคิดจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ (integration) ซึ่งเป็นกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนตามความสนใจ ความสามารถ และความต้องการ โดยการเชื่อมโยงกับความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน (Lardizabal, et al., 1970) ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์มารดาวัยรุ่น สามี และความคิดเห็นจากบุคลากรทีมสุขภาพในภาคเหนือ นำไปสู่การวางแผนการสอนและรูปแบบการส่งเสริมการคุมกำเนิด เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอด 1-2 วัน ได้มีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ผลเสียหรืออันตรายของการตั้งครรภ์ซ้ำ การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ประโยชน์ของการคุมกำเนิดและการแก้ไขอุปสรรคในการคุมกำเนิด ผลจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดน่าจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสติปัญญา ทักษะ และจิตใจ สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้มีความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิด เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest design) เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรกที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรกพักอยู่ที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลพะเยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด 2) สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และ 3) เต็มใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดสำหรับมารดาวัยรุ่นน้อยกว่า 2 ครั้ง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน ใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effect) .5 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ค่าอำนาจการทดสอบ (power) .85 และค่าแอลฟา (alpha) .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 146 ราย เผื่อการสูญหายร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 ราย

แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 80 ราย กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของมารดาวัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลนั้นๆ ได้กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 14 ราย โรงพยาบาลลำปาง 44 ราย โรงพยาบาลลำพูน 60 ราย และโรงพยาบาลพะเยา 42 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดสำหรับมารดาวัยรุ่น พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยแผนการสอน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สอนภายหลังคลอดครบ 24 ชั่วโมง ให้ความรู้ในเรื่องโอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำ ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ การป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิดหลังคลอด ประโยชน์ของการคุมกำเนิดและวิธีการคุมกำเนิดสำหรับมารดาวัยรุ่น

ครั้งที่ 2 สอนภายหลังคลอดครบ 48 ชั่วโมง ทบทวนความรู้การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ให้มารดาวัยรุ่นและสามีร่วมกันเสนออุปสรรคในการคุมกำเนิดที่ผ่านมา และหาแนวทางในการแก้ไขอุปสรรคในการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

2. สื่อการสอน (วิดิทัศน์ จำนวน 3 เรื่อง “แม่ผู้สร้าง...สุข” “รอ...ลุ้น” และ “คุม...กำเนิด”)

3. คู่มือการคุมกำเนิดสำหรับมารดาวัยรุ่น เพื่อนำไปทบทวนความรู้ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา ลักษณะครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด และการได้รับความรู้เรื่องการคุมกำเนิดในขณะตั้งครรภ์

2. แบบประเมินความรู้การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น มีข้อคำถามเกี่ยวกับประโยชน์ และวิธีการใช้การคุมกำเนิดแต่ละชนิด ลักษณะคำถามเป็นปรนัยชนิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ทั้งหมดมีคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน

3. แบบบันทึกความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ให้เลือกตามความคิดเห็นของมารดาวัยรุ่น ตามระดับความตั้งใจในการคุมกำเนิด ลักษณะเป็นมาตราวัด ตั้งแต่ 0-10 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการส่งเสริมการคุมกำเนิดสำหรับมารดาวัยรุ่น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในมารดาวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ตรวจสอบคุณภาพแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น และแบบบันทึกความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และนำแบบประเมินความรู้การคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 (Kuder Ricardson-20) ได้เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรองเลขที่ 022-2559) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรองเลขที่ 5308) โรงพยาบาลลำพูน (เอกสารรับรองเลขที่ LPN 012/2561) โรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรองเลขที่ FM-1000-020) และโรงพยาบาลพะเยา (เอกสารรับรองเลขที่ HE 61-01-0021) เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงเข้าดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาตามความสมัครใจ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษา สิทธิในการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับ นำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองอ่านคำชี้แจงเพื่อให้เกิดความเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างที่จดทะเบียนสมรสแล้วซึ่งถือว่าบรรลุนิติภาวะให้ลงนามยินยอมพร้อมใจได้ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้ลงนามในเอกสารแสดงความพร้อมใจร่วมกับผู้ปกครอง และให้ผู้ปกครองลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมให้บุตรหรือเด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่วันแรกหลังคลอด จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 4 แห่ง ผู้วิจัยวิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิด การฝึกปฏิบัติการสอน การใช้สื่อการสอน การจัดกิจกรรม อุปกรณ์การสอน และการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบตามจำนวนก่อนการเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามแผนการสอนของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดในกลุ่มทดลอง การดำเนินการวิจัยมีดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลหลังคลอดครบแล้ว 12 ชั่วโมงใช้เวลาประมาณ 20 นาที ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ให้ตอบแบบประเมินความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น และแบบบันทึกความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น (pretest) และเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ให้ตอบแบบประเมินความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น รวมทั้งแบบบันทึกความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น (posttest)

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างหลังคลอดครบ 12 ชั่วโมง ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ให้ตอบแบบประเมินความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น และแบบบันทึกความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น (pretest)

ดำเนินการทดลองตาม โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ดังนี้

การสอนครั้งที่ 1 ภายหลังคลอดครบ 24 ชั่วโมง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิดหลังคลอด ประโยชน์ วิธีการคุมกำเนิด อาการข้างเคียงของการคุมกำเนิด และซักถามถึงปัญหาอุปสรรคในการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์

การสอนครั้งที่ 2 ภายหลังคลอดครบ 48 ชั่วโมง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การจูงใจ การให้แรงเสริมทางบวก และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้ซักถามและอภิปรายร่วมกัน เมื่อสิ้นสุดการสอนให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และแบบบันทึกความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (posttest) หลังจากนั้นมอบคู่มือการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อให้นำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดย 1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู 3) เปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรเป็นครั้งแรก ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลพะเยา จำนวน 160 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 80 ราย จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อายุสามี สถานภาพสมรส การทำงาน ที่พักอาศัย ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการได้รับความรู้เรื่องคุมกำเนิด เป้าหมายในชีวิต และคะแนนความรู้และคะแนนความตั้งใจก่อนการทดลอง เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคแสควร์ และสถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู พบว่าอายุและการทำงานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของอายุ 17 ปี (พิสัยควอไทล์=2) กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของอายุ 18 ปี (พิสัยควอไทล์=3) โดยกลุ่มทดลองเป็นนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 78.85 และกลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 68.35 ส่วนอายุของสามี สถานภาพสมรส ที่พักอาศัย ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการได้รับความรู้เรื่องคุมกำเนิด เป้าหมายในชีวิต และคะแนนความรู้และคะแนนความตั้งใจก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู พบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=160)

คะแนนความรู้ (0-15)	กลุ่มทดลอง (n=80)	กลุ่มควบคุม (n=80)	p-value
หลังการทดลอง (48 ชั่วโมงหลังคลอด)			
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	13 (2)	11 (3)	<0.001
ค่าน้อยที่สุด-มากที่สุด	4-15	1-14	

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู พบว่าคะแนนความตั้งใจของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .01) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=160)

คะแนนความตั้งใจ (0-10)	กลุ่มทดลอง (n=80)	กลุ่มควบคุม (n=80)	p-value
หลังการทดลอง (48 ชั่วโมงหลังคลอด)			
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	10 (1)	9 (2)	0.01
ค่าน้อยที่สุด-มากที่สุด	4-10	5-10	

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 มารดาวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดมีความรู้การคุมกำเนิดหลังคลอดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการคุมกำเนิดหลังได้รับการโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เรื่องการคุมกำเนิดภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (ตารางที่ 1)

อธิบายได้ว่า การจัดให้มารดาวัยรุ่นได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด เป็นการจัดการเรียนแบบบูรณาการที่ยึดมารดาวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง นำสภาพปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ ที่จะนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมารดาและทารก แนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยการให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับการคุมกำเนิด วิธีการใช้การคุมกำเนิด อาการข้างเคียง ข้อดีข้อเสียของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี และผลเสียของการไม่คุมกำเนิด ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยการศึกษาครั้งนี้ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่จัดให้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและสามี ซึ่งมีความสอดคล้องกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในภาคเหนือ ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกิดความสนใจเนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ และการให้ความรู้ตามแผนการสอนมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหากิจกรรมการสอน สื่อการสอนที่มีความชัดเจน น่าสนใจ และนำเสนออุปกรณ์การคุมกำเนิดที่มารดาวัยรุ่นสามารถมองเห็นและจับต้อง

ได้ มีการอธิบายการใช้วิธีคุมกำเนิดแต่ละชนิดอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถาม สาธิตและสาธิตย้อนกลับ ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสมกับความสนใจตามวัย เกิดการเรียนรู้ได้ดี มองเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการคุมกำเนิดได้มากขึ้น จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการคุมกำเนิดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์ และการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในประเทศไทย ส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้รอบด้านเพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีทางเลือกและตัดสินใจเองอย่างอิสระ ให้การปรึกษาและการคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2020)

สมมุติฐานที่ 2 มารดาวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดมีความตั้งใจในการคุมกำเนิดหลังคลอดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่ตั้งใจคุมกำเนิดภายหลังการทดลอง (48 ชั่วโมงหลังคลอด) กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) (ตารางที่ 2) จึงสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดมีความตั้งใจในการคุมกำเนิดหลังคลอดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายจากผลการศึกษาได้ว่า ความตั้งใจในการคุมกำเนิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (12 ชั่วโมงหลังคลอด) ไม่แตกต่างกันเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำมาซึ่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของมารดาวัยรุ่น (Ladewig, et al., 2014) ความไม่พร้อมในการมีบุตรทำให้เกิดความเครียด มารดาวัยรุ่นต้องปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในการเลี้ยงดูบุตร และปรับตัวต่อพัฒนาการของตนเองในการเป็นวัยรุ่น (Moontito, Sriarporn, & Baosoung, 2017; Kelsey, 2017) มารดาวัยรุ่นจึงมีความกดดันทางด้านอารมณ์และอาจเกิดความเครียดจากปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษมสิทธิ์ แก้วเกียรติคุณ (Kaewkiattikun, 2017) พบว่า ในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นมักวางแผนในการเว้นการตั้งครรภ์ไปมากกว่า 3 ปี ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความตั้งใจในการคุมกำเนิดก่อนการทดลอง (12 ชั่วโมงหลังคลอด) ไม่แตกต่างกัน

การที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดโดยการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการเรียนแบบบูรณาการในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นที่มีความเหมาะสมกับบริบทของมารดาวัยรุ่นในภาคเหนือ โดยการให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นภายหลังคลอด 1-2 วัน มีการนำสภาพปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำที่จะนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมารดาและทารก แนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับการคุมกำเนิด วิธีการใช้การคุมกำเนิด อาการข้างเคียง ข้อดีข้อเสียของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี และผลเสียของการไม่คุมกำเนิด ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ร่วมกับการใช้เทคนิคการสอนที่คำนึงถึงความต้องการตามการเรียนรู้ของวัยรุ่น การจูงใจ การให้แรงเสริมทางบวก และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความเป็นส่วนตัว มีอิสระ ท้าทาย และความสนใจในบุคคลวัยเดียวกัน จึงส่งผลให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกิดความสนใจ ตั้งใจในการเรียนรู้ และเกิดความตั้งใจในการคุมกำเนิด ซึ่งความตั้งใจในการคุมกำเนิดเกิดจากเจตคติต่อการคุมกำเนิดในทางบวกคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ความสะดวกของการคุมกำเนิดทำให้มีการคุมกำเนิด (Bucknall, & Bick, 2019) ดังนั้นภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง

กลุ่มทดลองจึงมีความตั้งใจในการคุมกำเนิด ร้อยละ 100 และตั้งใจจะคุมกำเนิดทั้งก่อนกลับบ้านและเมื่อมาตรวจตามนัด ซึ่งจะส่งผลดีในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดไปใช้ในการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ ทำให้เกิดความตั้งใจและการตัดสินใจในการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามความรู้ ความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้การคุมกำเนิด รวมทั้งอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นภายหลังคลอด 2-3 ปี

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประจำปี 2559 ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าแผนก พยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลพะเยา และขอขอบคุณมารดาวัยรุ่นทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Bucknall, A. & Bick, D. (2019). Repeat pregnancies in teenage mothers: An exploratory study. *Journal of Advance Nursing, 75,* 2923-2933.

Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2016). *Number and rate of reproductive age per 1,000 female population by maternal age group during 2002-2014.* Retrieved from http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatPieChart_Final.aspx?reportid=215&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15. (In Thai)

Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. (2020). *Handbook of Family Planning for Public Health Personal.* Bangkok: Veterans Organization. (In Thai)

Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J.... et al. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *Bjog. 121*(S Suppl 1):40-8.

Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research.* (8th ed). Missouri: Elsevier.

Health Asemmbly. (2017). *Problems solving in Thai adolescents with unplanned pregnancy.* Retrieved from https://www.samatcha.org/node/105. (In Thai)

Herrman, J. W. (2007). Repeat pregnancy in adolescent intention and decision making. *Journal of Maternal Child Nursing, 32*(2), 89-74.

Jantarasuk, C., Sriarporn, P., & Parisunyakul, S. (2016). Effects of promoting attitude and subjective norm on intention and contraceptive used among postpartum adolescents. *Nursing Journal, 42*(2) 104-115. (in Thai)

Kaewkiattikun, K. (2017). Effects of immediate postpartum contraceptive counseling on long-acting reversible contraceptive use in adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 8,* 115-123. (In Thai)

Kelsey, S. (2017). Contraception for teenagers: Acessable sexual health advice. *Practice Nursing 28*(6):236-241

Ladewig, A. W., London, M. L., & Davidson, M. R. (2014). *Contemporary maternal newborn nursing care* (8th ed.). St. Louis: Pearson Prentice Hall.

Lardizabal, S.A.et al. (1970). *Methods and Principles of Teaching.* Quezon City: Alemar-Phoenix.

Moontito, V., Sriarporn, P., & Baosoung, C. (2017). Postpartum Depression, Social Support, and Functional Status Among Adolescent Mothers. *Nursing Journal, 44*(2) 23-33. (in Thai)

Norton, M., Chandra-Mouli, V., Lane, C. (2017). Interventions for preventing unintended, rapid repeat pregnancy among adolescents: A review of the evidence and lessons from high-quality evaluations. *Glob Health Sci Pract, 5*(4):547–70. doi: 10.9745/GHSP-D-17-00131.

Pansuwan, K. (2016). Quality of Life in Postpartum Mothers, Neimueng District Amphure Mueng Kamphaeng Phet Province. *Journal of Health and Nursing Research. 9*(2), 1-9. (In Thai)

Pungbangkadee, R., & Ratinthorn, A. (2015). Factors and consequences of repeat pregnancy among teenagers: A case study in Bangkok metropolis. *Journal of Nursing science, 32*(2), 23-31. (In Thai)

Senate of Health Committee. (2011). *The Report of Consideration Studies on Adolescent Pregnancy.* Bangkok: Office of the Commissioner 3, Office of the Secretary-General of the Senate. (In Thai)

Wisarutkasempong, A., & Muangpin, S. (2016). Factors Related to the Intention to Repeat Pregnancy among Pregnant Adolescents. *Srinagarind Medical Journal, 30*(3), 1-9. (In Thai)

World Health Organization (WHO). (2020). *Adolescent pregnancy.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์
Health Literacy and Exercise Behaviors Among Pregnant Women

รพีพร	ขวัญพร้อม *	Rapeeporn	Khwanprom *
จันทรรัตน์	เจริญสันติ **	Jantararat	Chareonsanti **
พรรณพิไล	ศรีอาภรณ์ **	Panpilai	Sriarporn **

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการออกกำลังกายในระหว่างการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ปกติครรภ์แรก อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 85 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ ของ Parnkasem (2012) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($\bar{X}$=133.36, S.D.=10.69) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=25.69, S.D.=4.62) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .557, p<.01)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ โดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: *พฤติกรรมการออกกำลังกาย, สตรีตั้งครรภ์, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ*

Abstract

Exercise behavior during pregnancy has benefits for both pregnant women and the fetus. This correlation descriptive research aimed to investigate the relationships between health literacy and exercise behavior among pregnant women. The purposive sample include 85 normal pregnant and primigravida women, age of 20 or more, who had attended the antenatal clinic at Petchabun Hospital, Petchabun province from October to November 2018. The research instruments used in this study were: Health Literacy Questionnaire developed by the researcher using framework

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, Petchabun hospital, Petchabun province, rapeetui@windowslive.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 3 กันยายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 14 มกราคม 2562 วันตอบรับบทความ 24 เมษายน 2562

of Nutbeam (2008), and The Exercise Behavior of Pregnant Women Questionnaire developed by Suvisa Parnkasem (2012). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that health literacy of the sample were at a high level ($\bar{X}$=133.36, S.D.=10.69) and exercise behavior was at a moderate level ($\bar{X}$=25.69, S.D.=4.62). Health literacy had a positively statistically significant correlated with exercise behavior at a high level (r = .557, p<.01).

The results of this study can be used as the basic data in promoting exercise behaviors of pregnant women by promoting health literacy.

Keywords: *Exercise behaviors, Pregnant women, Health literacy*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาค สรีรวิทยา ชีวเคมี และด้านจิตใจ อารมณ์ ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ (Corbett, 2006) พฤติกรรมการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความไม่สุขสบาย (Suputtithada, 2003) เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานของปอดและหัวใจ ช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ กระดูก (Kunchana et al., 2003) และช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2015)

วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา (American College of Sports Medicine [ACSM], 2014) แนะนำว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ควรออกกำลังกายโดยยึดหลักของ ฟิทท์ (FITT) ได้แก่ ความถี่ของการออกกำลังกาย (frequency) ความแรงของการออกกำลังกาย (intensity) ระยะเวลา (time) และชนิดของการออกกำลังกาย (type) โดยวิทยาลัยสูติศาสตร์และนรีเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (ACOG, 2015) อ้างอิงหลักของฟิทท์ ในการแนะนำว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ความแรงของการออกกำลังกายระดับปานกลาง ระยะเวลาในการออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อย 30 นาที และชนิดของการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่ง การว่ายน้ำ การเต้นแอโรบิก การบริหารร่างกาย เป็นต้น แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หนักเกินไปหรือการออกกำลังกายที่อาจเกิดการบาดเจ็บ รวมทั้งการออกกำลังกายที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น ยิมนาสติก ขี่ม้า ดำน้ำ เป็นต้น ทั้งนี้การออกกำลังกายด้วยการเดินเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ แม้กับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน (ACOG, 2015)

พฤติกรรมการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และต่อทารกในครรภ์ (Clapp III, 2005) การออกกำลังกายส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้น (Montaque, Watson, & Herbert, 2005) ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น (Ferraro, Gaudet, & Adamo, 2012) ช่วยให้ระยะคลอดลดลง และลดอัตราการผ่าท้องคลอด รวมทั้งลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดพบว่ามีระยะที่หนึ่ง และระยะที่สองของการคลอดสั้นกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (Magann, Evans, Weitz, & Newnham, 2002) การฟื้นตัวหลังคลอดเร็วขึ้น (Price, Amini, & Kappeler, 2012) ส่วนประโยชน์ทางด้านจิตใจของการ

ออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีจิตใจแจ่มใส อารมณ์ดีขึ้น รู้สึกผ่อนคลาย และลดความตึงเครียด ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวลต่อการคลอด (Powers & Howley, 2007) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพึงพอใจในภาพลักษณ์ของตน โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอหรือไม่ได้ออกกำลังกายเลย จะมีความพึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเองในระดับต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ (Boscaglia, Skouteris, & Wertheim, 2003) และการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ในทุกอายุครรภ์ยังมีผลดีต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ตลอดจนถึงทารกเกิดใหม่ ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายตั้งแต่อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ถึงอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ มีการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และขนาดของรกเพิ่มขึ้นมากกว่าทารกในครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (Clapp III, Kim, Burciu, & Lopez, 2000) ทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดดี คะแนนแอปการ์ (apgar score) นาทีที่ 1, 5 และ 10 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Riemann & Hansen, 2000) และมีพัฒนาการทางสมองที่ดีภายหลังคลอด (Brayshaw, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับน้อยและไม่ถูกต้องตามหลักของฟิทท์ ดังเช่นการศึกษาของ Evenson & Wen (2010) พบสตรีตั้งครรภ์ในประเทศสหรัฐอเมริกามีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 13.8 และการศึกษาของ Domingues & Barros (2007) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ชาวบราซิลมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 4.3 นอกจากนี้การศึกษาของ Peterson, Leet, & Brownson (2005) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ถูกต้องตามหลักของฟิทท์ และการศึกษาของ Piravej & Saksirinukul (2001) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายร้อยละ 42.36 และการศึกษาของ Saengthongrungcharoen & Wattanakit, (2011) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ปกติด้านที่ควรปรับปรุงได้แก่ด้านการออกกำลังกาย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์จะต้องมีความสามารถในการเข้าใจ พิจารณา ประเมินและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ เพื่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีวิจารณญาณ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) เป็นความสามารถของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินการใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต การที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดย Nutbeam (2008) ได้แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นระดับที่สามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (communicative/interactive health literacy) โดยสามารถเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของตนเอง และ ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (critical health literacy) เป็นระดับที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านนี้จะช่วยในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลนั้นๆ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรม

สุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011)

พฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของสตรีและทารกในครรภ์ การที่สตรีตั้งครรภ์มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ สามารถวิเคราะห์ ประเมิน และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพที่ดี และการตัดสินใจจะช่วยให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) จากการศึกษาในระยะสิบปีที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ปกติยังมีน้อย อีกทั้งการศึกษายังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ แม้จะมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีรายได้น้อย อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งอาจจะไม่สามารถอธิบายถึงกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์ปกติ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) โดยครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ และองค์ประกอบ 6 ด้านที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการศึกษาจะทำให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์เป็นอย่างไร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพฤติกรรมการออกกำลังกายใช้หลักการออกกำลังกายตามหลักฟิทท์ของวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์การกีฬาแห่งประเทศอเมริกา (ACSM, 2014) ได้แก่ ความถี่ของการออกกำลังกาย (frequency) ความแรงของการออกกำลังกาย (intensity) ระยะเวลา (time) และชนิดของการออกกำลังกาย (type) ความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) โดยครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และ ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ และประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ โดยหากสตรีตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในขณะตั้งครรภ์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย จะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถที่จะประเมินและตัดสินใจที่จะออกกำลังกาย

ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ปกติครรภ์แรก อายุ 20 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง สตรีตั้งครรภ์ปกติครรภ์แรก อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติคือ อายุครรภ์ตั้งแต่ 15 สัปดาห์จนถึงอายุครรภ์ 42 สัปดาห์ สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .08 และกำหนดขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง การประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย (Polit, & Beck, 2017)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ และ 6 องค์ประกอบได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ จำนวน 14 ข้อ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 7 ข้อ ทักษะการสื่อสารข้อมูล จำนวน 3 ข้อ ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 3 ข้อ และทักษะการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ จำนวนทั้งหมด 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีความหมายของตัวเลือกดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน และการแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งคะแนนทั้งหมดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง จากการคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยกำหนดตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนน 33-77 คะแนน หมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ คะแนน 78–121 คะแนน หมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และคะแนน 122-165 คะแนน หมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงมีครรภ์ของ Parnkasem (2012) โดยประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายตามหลักการของฟิทท์ ได้แก่ ความถี่ ความแรง ระยะเวลา และชนิดของการออกกำลังกาย รวมทั้งข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4, ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอตั้งแต่ 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอตั้งแต่ 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2 และไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale, [SCVI] โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (item-content validity index, I-CVI) ได้เท่ากับ 1 และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแบบสอบถามจึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหา จากนั้นได้นำแบบวัดทั้ง 2 ชุด ไปทดสอบใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค โดยแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 097/2018 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ พช.0032.203/6

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์และได้รับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยโรงพยาบาลเพชรบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกฝากครรภ์เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจัดสถานที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่จัดไว้เฉพาะ และมีความเป็นส่วนตัวในแผนกฝากครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยแจกแผนพับการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ให้กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์ โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 25.49 ปี (S.D.=4.52) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 87.06) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย 67 ราย (ร้อยละ 78.82) เกือบทั้งหมดมีรายได้มากกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 83) มีรายได้เพียงพอ 63 ราย (ร้อยละ 74.12) ระดับการศึกษาเกือบครึ่ง (ร้อยละ 40) จบปริญญาตรี จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 40) มีบุคคลในครอบครัวที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกาย 70 ราย (ร้อยละ 82.35) ในจำนวนนี้เป็นสามีสนับสนุนให้ออกกำลังกาย จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 49.41) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีประสบการณ์ในการออกกำลังกายก่อนตั้งครรภ์ จำนวน 73 ราย (ร้อยละ 85.88) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 62.35)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมต่ำสุด 106 คะแนน สูงสุด 162 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 133.36 คะแนน (S.D.=10.69) อยู่ในระดับสูง เมื่อแยกพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ การแปลความหมายของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนตามพิสัย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง พบว่าทักษะความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง

($\bar{X}$= 56.80, S.D.=5.04) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=28.89, S.D.=2.69) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=12.44, S.D.=1.55) ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=11.35, S.D.=1.45) ทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=11.93, S.D.=1.53) และทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=11.95, S.D.=1.32)

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายต่ำสุด 9 คะแนน สูงสุด 34 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ 25.69 คะแนน (S.D.=4.62) อยู่ในระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.557, p<.01) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1.00	
พฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์	.557*	1.00

หมายเหตุ p < .01*

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=133.36, S.D.=10.69) สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 20-30 ปี (ร้อยละ 87.06) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถสืบค้นข้อมูลได้หลายทาง และพบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ในระดับต่ำ (Knapp et al., 2011)

สำหรับระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 40.00) สามารถอธิบายตามแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ได้ว่าปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพคือการรู้หนังสือ ที่ประกอบด้วยการอ่าน การเขียน การคำนวณ และความรู้เบื้องต้นของบุคคล ซึ่งระดับการศึกษามีผลต่อระดับความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงจะสามารถเข้าใจข้อมูลทางด้านข้อความ คำแนะนำจากแพทย์พยาบาล และมีการปฏิบัติตามคำแนะนำ สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเข้าใจความรู้ ข่าวสารทางสุขภาพสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลสุขภาพและนำความรู้มาดูแลสุขภาพของตนเองได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Suramaitee (2013) เกี่ยวกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

นอกจากระดับการศึกษา ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 47.06) โดยรายได้มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะเปิดโอกาสในการรับรู้ด้านสุขภาพ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี (Suramaitee, 2013)

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=25.69, S.D.=4.62) สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 ซึ่งในไตรมาสที่ 3 นี้น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น จะเพิ่มแรงกดลงไปที่หลังอาจทำให้รู้สึกปวดหลังได้ และส่วนนำของทารกเคลื่อนลงต่ำไปกดเบียดกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม เนื่องจากมดลูกขยายขนาดขึ้นไปกดทับกระบังลมอาการเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สุขสบาย (Cunningham et al., 2014) โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 25.49 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 20-30 ปี (ร้อยละ 87.06) อายุมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Klankhajhon (2008) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 20-35 ปี มีพฤติกรรมการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ และการศึกษาของ Evenson et al. (2004) พบสตรีตั้งครรภ์มีอายุส่วนใหญ่ 18-34 ปี ที่ออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

สำหรับประสบการณ์ในการออกกำลังกายก่อนตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.88) มีประสบการณ์การออกกำลังกายก่อนตั้งครรภ์ โดยประสบการณ์การออกกำลังกายก่อนตั้งครรภ์มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ ทำให้เมื่อตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์ยังคงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Lof, & Forsum (2006) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เคยออกกำลังกายตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ยังคงออกกำลังกายเมื่อมีการตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hinton, & Olson (2001) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เคยออกกำลังกายมาก่อนการตั้งครรภ์จะยังคงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่สนับสนุนให้ออกกำลังกาย (ร้อยละ 82.35) โดยมีสามีสนับสนุนถึง ร้อยละ 49.41 ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะสามีจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังในขณะตั้งครรภ์ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Downs & Hausenblas (2004) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสามีและสมาชิกในครอบครัวทำให้สตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสามีซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญ และเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้สตรีตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 36.5 ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรมีผลทางบวกต่อการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 96.08 โดยส่วนใหญ่ระบุว่าสามีเป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์รองลงมาคือ พยาบาลและมารดาของตนเอง (Puttaraksa, Supavititpatana, & Kantaruksa, 2016) ทั้งนี้เพราะสามีจะคอยให้ข้อมูลและแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม ให้ข้อมูลเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เห็นประโยชน์และความสำคัญของการออกกำลังกายที่มีต่อสุขภาพ ทำให้สตรีตั้งครรภ์อยากออกกำลังกาย และสามียังคอยให้กำลังใจและกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกายด้วยการไปออกกำลังกายเป็นเพื่อน ช่วยอำนวยความสะดวกและดูแลในขณะออกกำลังกาย รวมทั้งช่วยทำงานบ้านเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดเวลาเพื่อไปออกกำลังกายได้ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Thronton et al. (2006) ที่พบว่าสามีเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและทางด้านอารมณ์ที่สำคัญที่สุด และการศึกษาของ Muzigaba et al. (2014) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ชาวแอฟริกาใต้ที่ไม่ออกกำลังกายเพราะขาดการสนับสนุนจากครอบครัว

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.557, p<.01) แสดงว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมากจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายมาก อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=133.36, S.D.=10.69) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาข้อมูลและเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย สามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์ เมื่อได้วิเคราะห์ ประเมินแล้วว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์มีประโยชน์ สามารถซักถามกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงสามารถเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพที่ดีในระยะตั้งครรภ์ และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์โดยเน้นความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่นสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยในครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion No. 650. *Obstetric & Gynecology, 126*(6), 135-142.

American College of Sports Medicine [ACSM]. (2014). *American College of Sports Medicine's guidelines for exercise testing and prescription* (9th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Berkman, N. D., Sheridan, S . L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine, 155*(2), 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Boscaglia, N., Skouteris, H., & Wertheim, E. H. (2003). Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 43*(1), 41-45.

Brayshaw, E. (2004). Physical preparation before childbirth. In C. Handerson, & S. Macdonald (Eds.), *Mayes' midwifery: A textbook for midwives* (13rd ed., pp. 383-397). Edinburgh: Bailliere Tindall.

Clapp III, J. F. (2005). Exercise-risk and benefits. In J. T. Queenan, J. C. Hobbins, & C. Y. Spong (Eds.), *Protocols for high-risk pregnancies* (4th ed., pp. 45-53). Willey: Blackwell Publishing.

Clapp III, J. F., Kim, H., Burciu, B., & Lopez, B. (2000). Beginning regular exercise in early pregnancy: Effect on fetoplacental growth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 183*(6), 1484-1488. doi: 10.1067/mob.2000.107096

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York: Mcgraw-hill.

Domingues, M. R., & Barros, A. J. D. (2007). Leisure-time physical activity during pregnancy in the pelotas birth cohort study. *Revista De Saude Publica, 41*(2), 173-180.

Downs, D. S., & Hausenblas, H. A. (2004). Women's exercise beliefs and behaviors during their pregnancy and postpartum. *Journal of Midwifery & Women's Health, 49*(2), 138-144. doi: 10.1016/j.jmwh. 2003.11.009

Evenson, K. R., & Wen, F. (2010). National trends in self-reported physical activity and sedentary behaviors among pregnant women: NHANES 1999–2006. *Preventive Medicine, 50*(3), 123-128. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.12.015

Evenson, K. R., Savitz, A., & Huston, S. L. (2004). Leisure time physical activity among pregnant women in the US. *Paediatric and Perinatal Epidemiology, 18*(6), 400-407. doi: 10.1111/j.1365-3016. 2004.00595.x

Ferraro, Z. M., Gaudet, L., & Adamo, K. B. (2012). The potential impact of physical activity during pregnancy on maternal and neonatal outcomes. *Obstetrical and Gynecological Survey, 67*(2), 99-110. doi: 10.1097/OGX.0b013e318242030e

Hinton, P. S., & Olson, C. M. (2001). Predictors of pregnancy-associated change in physical activity in a rural white population. *Maternal and Child Health Journal, 5*(1), 7-14.

Klankhajhon, S. (2008). *Selected factors predicting exercise behavior of pregnancy women.* (Unpublished master's thesis), Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Knapp, C., Madden, V., Wang, H., Sloyer, P., & Shenkman, E., (2011). Internet use and eHealth literacy of low-income parents whose children have special health care needs. *Medical Internet Research, 13*(3), e75.

Kunchai, S., Suputtithada, A., Li Thongin, S., Phinmuangngam, C., Lomlertkittikul, S., Tachachainirun, S., and et al. (2003). *Exercise in pregnant women affecting maternal and infant health: research report for the fiscal year 2000-2002,* Nontaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

Lof, M., & Forsum, E. (2006). Activity pattern and energy expenditure due to physical activity before and during pregnancy in healthy Swedish women. *British Journal of Nutrition, 95*(2), 296-302.

Magann, E. F., Evans, S. F., Weitz, B., & Newnham, J. (2002). Antepartum, intrapartum, and neonatal significant of exercise on healthy low-risk pregnant working women. *Obstetrics and Gynecology. 99*(3), 466-472.

Montaque, S. E., Watson, R., & Herbert, R. (2005). *Physiology for nursing practice.* (3rd ed.). Edinburgh: New York: Elserier.

Muzigaba, M., Kolbe-Alexander, T. L., & Wong, F. (2014). The perceived role and influencers of physical activity among pregnant women from low socioeconomic status communities in South Africa. *Journal of Physical Activity and Health, 11*(7), 1276-1283. doi: 10.1123/jpah.2012-0386

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078.

Parnkasem. S., (2012). *Effect of a self-efficacy enhancement and social support program on exercise behavior among pregnant women* (Master of Nursing Science midwifery), Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (In Thai)

Peterson, A. M., Leet, T. L., & Brownson, R. C. (2005). Correlates of physical activity among pregnant women in the United States. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 37*(10), 1748-1753.

Piravej, K., & Saksirinukul, R. (2001). Survey of patterns, attitudes, and the general effects of exercise during pregnancy in 203 Thai pregnant women at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand, 84*(1), 276-282.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Power, S. K., & Howley, E. T. (2007). *Exercise physiology: Theory and application to fitness and performance* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

Price, B. B., Amini, S. B., & Kappeler, K. (2012). Exercise in pregnancy: Effect on fitness and obstetric outcomes-a randomized trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 44*(12), 2263-2269. doi: 10.1249/MSS.0b013e318267ad67

Puttaraksa, S., Supavititpatana, B., & Kantaruksa. K., (2016). Attiudes, subjective norm, perceived behavioral control and intention to exercise among pregnant women. *Nursing Journal, 43*(3), 24-32. (In Thai)

Riemann, M. K., & Kanstrup Hansen, I. L. (2000). Effects on the foetus of exercise in pregnancy. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 10*(1), 12-19.

Saengthongrungcharoen, P., & Wattanakit. R., (2011). The relationship between perceived benefits of health promotion and health promoting behaviors of pregnant women. *Journal of Nursing and Health, 5*(1), 21-27.

Suputtithada. A., (2003). *Advice on exercise during pregnancy in Thai women,* Nontaburi: Division of Physical Activity & Health, Department of health, Ministry of Public Health. (In Thai)

Suramaitee. B., (2013). *Individual study: Health Literacy and Situation of operation to enhance the health literacy of Thai people in order to support the ASEAN community.* Bangkok: Institute of Foreign Affairs. (In Thai).

Thornton, P. L., Kieffer, E. C., Salabarria-Pena, Y., Odoms-Young, A., Willis, S. K., Kim, H., & Salinas, M. A. (2006). Weight, diet, and physical activity-related beliefs and practices among pregnant and postpartum Latino women: The role of social support. *Maternal and Child Health Journal, 10*(1), 95-104. doi: 10.1007/s10995-005-0025-3

การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Social Support, Uncertainty, and Coping Among Women with Preterm Labor

ลักษคณา	เจริญราษฎร์ *	Laksakana	Charoenraj *
ฉวี	เบาทรวง **	Chavee	Baosoung **
นันทพร	แสนศิริพันธ์ **	Nantaporn	Sansiriphun **

บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะประสบกับความเครียดหลายประการ การช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเครียดเหล่านี้ได้ จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลสกลนคร เลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ ตามแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1997) ฉบับภาษาไทยโดย Phojanart (2013) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดสำหรับสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสร้างโดย Chunpradub (1995) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างแสดงการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=92.56, S.D.=7.89)

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียด ในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($r = .58, p < .01$)

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($r = -.54, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: *การสนับสนุนทางสังคม, ความรู้สึกไม่แน่นอน, การเผชิญความเครียด, สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*

---

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province, laksacharoen@gmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 7 มกราคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 3 มิถุนายน 2562 วันตอบรับบทความ 20 กันยายน 2562

Abstract

Pregnant women with preterm labor will confront several types of stress. Helping them to cope with this stress is an important role of the nurse-midwife. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore the relationships among social support, uncertainty, and coping among women with preterm labor. The participants were 85 pregnant women with preterm labor, chosen through the inclusion criteria, who admitted to the labor room of Sakonnakhon Hospital between July and December 2017. The research tools were the Uncertainty in Situation Questionnaire, based on the Uncertainty in Illness concept by Mishel (1997) and the Thai version by Phojanart (2013), the Social Support Questionnaire, and the Coping for at Risk Pregnant Women Questionnaire as developed by Chunpradub (1995). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Participants demonstrated overall coping at a high level ($\bar{X}$=92.56, S.D.=7.89)

2. Social support was positively statistically significant correlated with coping among women with preterm labor ($r = .58$, $p < .01$).

3. Uncertainty in situations was negatively statistically significant correlated with coping among women with preterm labor ($r = -.54$, $p < .01$).

The findings from this study can be used as baseline data for planning effective nursing care to promote coping among pregnant women with preterm labor.

Keywords: *Social support, Uncertainty, Coping, Women with preterm labor*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดทารกก่อนกำหนด เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายปริกำเนิดถึงร้อยละ 80 (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2012) และเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดร้อยละ 36 ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดที่รอดชีวิตร้อยละ 25-50 พบว่ามีปัญหาความผิดปกติทางสมองต่อเนื่องในระยะยาว (Simhan, 2016) การสำรวจอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดขององค์การอนามัยโลกในประเทศที่พัฒนาแล้วพบประมาณร้อยละ 9 และประเทศที่กำลังพัฒนาพบประมาณร้อยละ 12 โดยประเทศที่มีจำนวนการคลอดก่อนกำหนดต่อปีมากที่สุดคือ ประเทศอินเดีย รองลงมาคือ จีน และประเทศไทยมีการคลอดก่อนกำหนดเป็นอันดับที่ 55 ของโลก คิดเป็นอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความผาสุกของสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ความไม่สุขสบายทางกาย ซึ่งมีสาเหตุจาก การเจ็บครรภ์ จากมดลูกหดรัดตัว การจำกัดการเคลื่อนไหวให้นอนพักบนเตียง ความไม่สุขสบายจากการติดเครื่องบันทึกแบบแผนการเต้นของหัวใจทารก การถูกรบกวนการพักผ่อนและการนอนหลับจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล ผลกระทบจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้นอนพักบนเตียงนานๆ ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องอืด ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก อาการอ่อนเพลีย

กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียแคลเซียมจากมวลกระดูก นิ่วในไต และลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด (Maloni, 2010) ผลกระทบจากผลข้างเคียงของยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ได้แก่ อาการใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ หายใจตื้น เจ็บแน่นหน้าอก และท้องผูก (Cunningham et al., 2014) ผลกระทบด้านจิตสังคม ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ถูกจำกัดให้นอนพักบนเตียงอย่างน้อย 5 วัน พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกกลัว วิตกกังวล เศร้า คับข้องใจ และโกรธ โดยมีความแปรปรวนของอารมณ์ตั้งแต่ อารมณ์เบื่อหน่าย จนถึงอารมณ์โกรธ ซึ่งความเจ็บป่วยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด (Rubarth, Schoening, Cosimano, & Sandhurst, 2012)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่ถือเป็นภาวะวิกฤตของสตรีตั้งครรภ์ซึ่งจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถือเป็นภาวะวิกฤตของสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะเกิดความเครียด เนื่องจาก การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อน การตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามปกติตามที่คาดหวัง ต้องเผชิญกับเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ว้าเหว่ โดดเดี่ยวจากการถูกแยกจากครอบครัว วิตกกังวลในสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ รู้สึกถูกคุกคาม รู้สึกไม่ปลอดภัย และผลลัพธ์ที่เกิดตามมามีแนวโน้มเป็นไปในทางลบ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดความเครียดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Lyman & Miller, 1992) การที่สตรีตั้งครรภ์รู้สึกเครียดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียดด้านจิตใจในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดมี 7 ประการ ได้แก่ การแยกจากสังคมที่ใกล้ชิด สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ ภาพลักษณ์ของตนเอง ความแปรปรวนทางอารมณ์ และสภาพของครอบครัว สำหรับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุด คือ การแยกจากสังคมที่ใกล้ชิด และความแปรปรวนทางอารมณ์ (White & Ritchie, 1984) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงการตอบสนองออกมาเพื่อต่อสู้ หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการเผชิญความเครียดเพื่อให้เกิดสมดุลด้านจิตใจ (Lazarus & Folkman, 1984) โดยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงก่อให้เกิดความเครียดและการเผชิญความเครียดที่แตกต่างและมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติที่มีความเสี่ยงต่ำ (Guardino & Schetter, 2014)

การเผชิญความเครียด (coping) ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) หมายถึง ความพยายามของบุคคลทั้งด้านสติปัญญา หรือด้านพฤติกรรม (cognitive or behavioral efforts) ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความเครียด เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์และตามบริบทของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งการเผชิญความเครียดแบ่งได้เป็นสองลักษณะคือ ลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหา (problem focused) เป็นวิธีการที่มุ่งไปที่สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามแก้ไข ควบคุม หรือจัดการอย่างเป็นขั้นตอนกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย การเผชิญปัญหาโดยตรง การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ (emotion focused) เป็นวิธีที่บุคคลจัดการโดยการลด หรือบรรเทาอารมณ์หรือความรู้สึกทางลบที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยง การกล่าวโทษตนเอง และการคิดอย่างมีความหวัง บุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์เมื่อมองว่าสิ่งก่อความเครียดนั้นๆ ไม่สามารถควบคุมได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

การเผชิญความเครียดของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อธิบายตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) หมายถึง ความคิด การกระทำหรือพฤติกรรมของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้ในการบรรเทา ควบคุม หรือกำจัดกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ความเจ็บป่วยขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีการเผชิญความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะและหลากหลาย การศึกษาโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ปกติและสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า มีการเผชิญความเครียดทั้งลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหา และลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ (Guardino & Schetter, 2014) การศึกษาในต่างประเทศวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 321 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การวางแผนและการเตรียมพร้อม (planning-preparation) เช่น ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดจากแพทย์และพยาบาล อ่านหรือดูสื่อเกี่ยวกับการคลอด วางแผนหาคนช่วยเหลือ เป็นต้น การเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยง (avoidance) เช่น นอนหลับเพื่อเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามทำให้ความรู้สึกดีขึ้นด้วยการกินอาหาร หลีกเลี่ยงการอยู่กับผู้อื่น เป็นต้น และการกระทำตามความเชื่อทางจิตวิญญาณทางบวก (spiritual-positive) เช่น การสวดภาวนาให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรงและให้การคลอดปลอดภัย การไปวัดหรือโบสถ์ เป็นต้น ซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความเครียดโดยการกระทำตามความเชื่อทางจิตวิญญาณทางบวกมากที่สุด วิธีวางแผนและเตรียมพร้อมปานกลาง และวิธีการหลีกเลี่ยงน้อยที่สุด (Hamilton & Lobel, 2008) การศึกษาในประเทศการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 105 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการสวดภาวนา (prayer) มากที่สุด รองลงมาคือ วิธีการแปลผลเหตุการณ์ทางบวก (positive interpretation of events) วิธีการเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นมารดา และน้อยที่สุดคือ วิธีการหลีกเลี่ยง (Giurgescu, Penckofer, Maurer & Bryant, 2006)

ผลของการเผชิญความเครียด พบว่า บุคคลที่มีการตอบสนองหรือการเผชิญความเครียดได้ดีหรือได้เหมาะสม บุคคลนั้นจะเกิดความสมดุลทางจิตใจตามมา แต่หากบุคคลมีการตอบสนองหรือเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมเป็นระยะเวลานาน จะทำให้บุคคลเกิดความแปรปรวนทางจิตได้ (Lazarus & Folkman, 1984) การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของสตรีในระยะตั้งครรภ์ทั้งการตั้งครรภ์ปกติและการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 45 เรื่อง พบว่า การเผชิญความเครียดที่ดีหรือเหมาะสม ส่งผลดีต่อความผาสุกทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกดีขึ้น อาการซึมเศร้าลดลง และความทุกข์ใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ลดลง ในทางตรงข้าม พบว่า การเผชิญความเครียดโดยวิธีหลีกเลี่ยงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตทางลบหลายประการ ได้แก่ ความผาสุกทางจิตใจลดลง ความทุกข์ใจเพิ่มขึ้น อารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลสูงขึ้น ทัศนคติทางบวกลดลง และการรับรู้ความเครียดสูงขึ้น และยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกาย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานสูงขึ้น ระดับcorticotrophin-releasing hormone ที่สร้างมาจากรกสูงขึ้น และการใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มสุราเพิ่มขึ้น (Guardino & Schetter, 2014)

การที่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดี เหมาะสม หรือมีประสิทธิภาพมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Yali & Lobel, 1999) การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอน (Giurgescu et al., 2006) โดยปัจจัยอายุ พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีอายุน้อยกว่า 31 ปีมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหา

โดยการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นมารดา และการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ โดยการสวดภาวนา ระดับการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์โดยการใช้สารเสพติด รายได้ของครอบครัว พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีรายได้ของครอบครัวมากมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์โดยการใช้สารเสพติด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์หลายครั้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหาโดยการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นมารดาและการดูแลตนเอง (Yali & Lobel, 1999)

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (Chunpradub, 1995) และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยการเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นมารดา และโดยการแปลผลเหตุการณ์ทางบวก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยการหลีกเลี่ยง (Giurgescu et al., 2006) สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอน พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยการแปลผลเหตุการณ์ทางบวก (Giurgescu et al., 2006) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอน น่าจะเป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้ความช่วยเหลือหรือปรับเปลี่ยนให้เกิดผลดีต่อการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดยมีกลไกที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลคือ ผลโดยตรงต่อสุขภาพ (main effect/direct effect) ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น และผลโดยอ้อมต่อสุขภาพคือมีผลเป็นตัวบรรเทา (buffering effect) หรือมีผลเป็นตัวกำกับ (moderating effect) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลช่วยลดความเครียด และเปลี่ยนแปลงการปรับตัวต่อภาวะเครียด (Thoits, 1982) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยเมื่อบุคคลมีความเครียดหรือปัญหาเกิดขึ้น บุคคลจะจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ด้านการประเมินค่า (appraisal support) ด้านข้อมูล (information support) และด้านทรัพยากร (instrument support) สำหรับผู้ให้การสนับสนุน อาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับการช่วยเหลือได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ การศึกษาในต่างประเทศ ในสตรีครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 105 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยการสวดภาวนาและมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยวิธีการหลีกเลี่ยง (Giurgescu et al., 2006) การศึกษาในประเทศไทยในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง จำนวน 200 คน เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในร้อยละ 65.5 และแผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 34.5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด (Chunpradub, 1995)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) ตามแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1981, 1988) เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถอธิบายความหมาย

หรือให้คุณค่าเกี่ยวกับรูปแบบความเจ็บป่วย ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะของความเจ็บป่วย (ambiguity) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบของการดูแล (complexity) การได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (inconsistency of the information) และการไม่สามารถทำนายการดำเนินของความเจ็บป่วย การรักษา และผลของการรักษา (unpredictability) ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย (Mishel, 1997) ดังการศึกษาในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความเครียด (Jittrapirom, Chareonsanti, & Sriarporn, 2014)

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนให้ผลลัพธ์ 2 ด้าน คือ การประเมินว่าเป็นโอกาส (opportunity appraisal) และการประเมินว่าเป็นอันตราย (danger appraisal) โดยบุคคลที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาสมักจะ เป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำและมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่วนบุคคลที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตรายคุกคามความผาสุกของชีวิต มักจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย มองว่าทางเลือกมีจำกัด และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม (Mishel, 1990) การศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับสูง มีการใช้การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำ มีการใช้การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหา (Gray, 2001 cited in Giurgescu et al., 2006) การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และทางสูติกรรมที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ จำนวน 105 ราย พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยวิธีการแปลผลเหตุการณ์ทางบวก และมีความสัมพันธ์ทางลบการเผชิญความเครียดโดยวิธีการหลีกเลี่ยง (Giurgescu et al., 2006)

การศึกษาการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายๆ ประเภทรวมกัน และศึกษาในสตรีที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์หรือแผนกผู้ป่วยนอก ในประเทศไทยพบการศึกษาในสตรีครรภ์เสี่ยงสูงที่มีลักษณะคล้ายกัน โดยผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนกับการเผชิญความเครียดที่ผ่านมาได้ผลการศึกษาแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของ การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลใกล้ชิด แพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ให้บริการ ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำถามการวิจัย

1. การเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างไร
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ

การเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือไม่ อย่างไร

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียด ของ Lazarus & Folkman (1984) โดยการเผชิญความเครียด หมายถึง ความคิดและพฤติกรรมของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้ในการบรรเทา ควบคุม และกำจัดความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ความเจ็บป่วยขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร และความรู้สึกไม่แน่นอนตามแนวคิดของ Mishel (1988) ประกอบด้วยความรู้สึกไม่แน่นอน 4 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะของความเจ็บป่วย ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบของการดูแล การได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยได้รับ และการไม่สามารถทำนายการดำเนินของความเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา คาดว่าการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน น่าจะมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษา ณ ห้องคลอด แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสกลนคร โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ 24 ถึง 36 สัปดาห์ 3) ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 5) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และ 6) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ การได้รับการรักษาด้วยยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และจำนวนวันที่พักรักษาในโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Chunpradub (1995) ที่สร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ใช้ประเมินการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมดจำนวน 23 ข้อ ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (7 ข้อ) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (5 ข้อ) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล (5 ข้อ) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (6 ข้อ) ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่จริงเลย (1 คะแนน) เป็นจริงเล็กน้อย (2 คะแนน) เป็นจริงปานกลาง (3 คะแนน) เป็นจริงส่วนมาก (4 คะแนน) และเป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้น ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (23.00-53.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (53.67-84.33 คะแนน) และระดับสูง (84.34-115.00 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์

อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

3. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty in Illness Scale) (Mishel, 1997) ฉบับภาษาไทยโดย Pochanart, Wonghongkul, & Sukonthason (2013) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 21 ข้อ และทางลบจำนวน 12 รวม 33 ข้อ ดังนี้ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะของความเจ็บป่วย (13 ข้อ) 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบของการดูแล (7 ข้อ) 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (7 ข้อ) 4) ความไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา (5 ข้อ) และข้อคำถามเกี่ยวกับทีมสุขภาพ (1 ข้อ) ข้อ) ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) เฉยๆ หรือไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 33-165 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้น ดังนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำ (33-77 คะแนน) ระดับปานกลาง (78-121คะแนน) และระดับสูง (122-165 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

4. แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงของ Chunpradub (1995) สร้างตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ ได้แก่ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหา 15 ข้อ และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ 15 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนดังนี้ เป็นประจำ (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยเลย (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนดังนี้ เป็นประจำ (1 คะแนน) จนถึง ไม่เคยเลย (4 คะแนน) การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้น ดังนี้ การเผชิญความเครียดระดับต่ำ (30-60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-90 คะแนน) และระดับสูง (91-120 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสกลนคร ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัยทุกประการ หากพบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับสูง และการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ เป็นสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุ 20 ปีขึ้นไป อายุครรภ์ 24-36 สัปดาห์ ได้รับการรักษาและนอนพักในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม และอายุรกรรม สื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และสมัครใจให้ความร่วมมือในงานวิจัยครั้งนี้ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียรนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 20-35 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.81 ปี (S.D.=5.38) มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี ร้อยละ 50.59 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 98.82 มีการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 35.29 และระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 32.94 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 64.71 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 43.53 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 80.00 มีอายุครรภ์มากกว่า 29 สัปดาห์ร้อยละ 90.59 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งหลัง ร้อยละ 54.12 ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์ ร้อยละ 94.12 ไม่มีประวัติการแท้ง ร้อยละ 78.80 และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน ร้อยละ 48.24

2. การเผชิญความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 71-109 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 92.56 (S.D.=7.89) คือ มีการเผชิญความเครียดโดยรวมระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญหาเท่ากับ 46.72 (S.D.=6.07) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์เท่ากับ 45.85 (S.D.=3.42) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

3. การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 93.73 (S.D.=13.09) คือ มีการการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนเท่ากับ 87.38 (S.D.=17.46) คือ มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58$, $p < .01$) และความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54$, $p < .01$) (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

ตัวแปร	1	2	3
1. การสนับสนุนทางสังคม	1.00		
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.54	1.00	
3. การเผชิญความเครียด	.58**	-.54**	1.00

** p <.01

การอภิปรายผล

1. การเผชิญความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า โดยทั่วไปสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดความเครียดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Lyman & Miller, 1992) ซึ่งความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงการตอบสนองออกมาเป็นการเผชิญความเครียดเพื่อต่อสู้ หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดสมดุลด้านจิตใจ (Lazarus & Folkman, 1984) และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดมีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี โดยอายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกระดับความสามารถในการประเมินข้อมูล แปลความหมายของเหตุการณ์และประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์หลังร้อยละ 54.12 ซึ่งสตรีครรภ์หลังจะสามารถเข้าใจ แก้ไขปัญหา และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์แรก

ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีแหล่งประโยชน์ หรือปัจจัยส่วนบุคคลทางบวกหลายประการ ได้แก่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 32.94 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 98.82 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 64.71 รายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 43.53 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ขึ้นไปร้อยละ 90.59 มีประสบการณ์ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์ร้อยละ 94.12 ไม่มีประสบการณ์การแท้งร้อยละ 78.80 ซึ่งแหล่งประโยชน์ด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียด โดยส่งผลให้บุคคลสามารถบรรเทา จำกัดขอบเขต ควบคุม และจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีขึ้น โดย พบว่า ในบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว มีรายได้เพียงพอ เคยมีประสบการณ์ในเหตุการณ์นั้นมาก่อน และไม่มีประสบการณ์ทางลบ จะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดในแบบที่เป็นการปรับตัวที่ดีหรือแบบสร้างสรรค์ (Lazarus & Folkman, 1984) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงมีการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. การสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58$, $p < .01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการเผชิญความเครียดระดับสูงด้วย อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีกลไกที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล ทั้งผลโดยตรงต่อสุขภาพ และผลโดยอ้อมต่อสุขภาพ คือมีผลเป็นตัวบรรเทา (buffering effect) หรือเป็นตัวกำกับ (moderating effect) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยมีผลช่วยลดความเครียด และส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะเครียด (Thoits, 1982) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลและเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเผชิญความเครียด โดยเมื่อบุคคลมีความเครียดหรือปัญหาเกิดขึ้น บุคคลจะสามารถเผชิญกับความเครียดหรือจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจาก สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายทางสังคมมากหรือน้อย (House, 1981) ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ผลในทำนองเดียวกับการศึกษาของของ Giurgescu et al. (2006) ในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และได้ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Chunpradub (1995) ในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนกับการเผชิญความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.54$, $p < .01$) กล่าวคือ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำ จะมีการเผชิญความเครียดระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการเผชิญความเครียดโดยรวมระดับสูง และในรายด้าน มีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหาระดับสูง และมีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ระดับปานกลาง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาจมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นว่าเป็นโอกาส (opportunity appraisal) โดย Mishel (1990) กล่าวว่า บุคคลที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาสมักจะ เป็นผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำและมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาของ (Gray, 2001 cited in Giurgescu et al., 2006) ในสตรีครรภ์เสี่ยงสูง พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับต่ำ มีการใช้การเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขปัญหา ส่วนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนระดับสูง มีการใช้การเผชิญความ

เครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ผลในทำนองเดียวกับการศึกษาของของ Giurgescu et al. (2006) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ และบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและลดความรู้สึกไม่แน่นอน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะปัจจัย การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอน

2. ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *Obstetrics and Gynecology, 119*(6), 1308.

Chunpradub, P. (1995). *The Relationship between self-esteem, social support and coping behavior in high-risk pregnant women.* (Master thesis in maternal and child nursing), Graduate School, Mahidol University. (In Thai)

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw-Hill.

Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., & Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing Research, 55*(5), 356-365.

Guardino, C. M., & Schetter, C. D. (2014). Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health Psychology Review, 8*(1), 70-94.

Hamilton, J. G., & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the revised prenatal coping inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29*(2), 97-104.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* New Jersey: Prentice-Hall.

Jittrapirom, A., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2014). Pregnancy risk perception, uncertainty, and stress among gestational diabetic women. *Nursing Journal, 41*(1), 50-61. (In Thai).

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping.* New York: Springer.

Lyman, L. E., & Miller, M. A. (1992). Mother's and nurse's perception of the need of women experiencing preterm labor. *Journal of Obstetric Gynecology, and Neonatal Nursing, 21*(2), 126-136.

Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing, 12*(2), 106-124. doi:10.1177/1099800410375978

Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research, 30,* 258-263.

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225-232.

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 22,* 256-262.

Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research, 15*(1), 57-80.

Pochanart, A., Wonghongkul, T., & Sukonthason, A. (2013). Effect of supportive-educative nursing system on uncertainty in illness among newly diagnosed breast cancer patients. *Nursing Journal, 40*(3), 75-84. (In Thai)

Rubarth, L. B., Schoening, A. M., Cosimano, A., & Sandhurst, H. (2012). Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 41*(3), 398-407. doi:10.1111/j.1552-6909.2012 01349.xA

Simhan, H. M. (2016). Practice bulletin number 159, January 2016: Management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology, 127*(1), 29-38.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23,* 145-149.

White, M., & Ritchie, J. (1984). Psychological stressors in antepartum hospitalization: Reports from pregnant women. *Maternal-Child Nursing Journal, 13*(1), 47-56.

Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high-risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 20,* 39-52. doi: 10.3109/01674829909075575

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
Factors Related to Depression Among Gestational Diabetic Women

สุพิญญ์ฌานันท์	บางสุวรรณ *	Supichanan	Bangsuwan *
กรรณิการ์	กันธะรักษา **	Kannika	Kantaruksa **
นงลักษณ์	เฉลิมสุข ***	Nonglak	Chaloumsuk ***

บทคัดย่อ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ และอาจมีผลกระทบนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 83 คน ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 2) แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร (W-DEQ) รูปแบบ A ที่พัฒนาขึ้นโดย Wijima et al. (1998) ฉบับภาษาไทยโดย Tampawiboon (2005) และ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) ที่พัฒนาขึ้นโดย Cox, Holden, & Sagovsky (1987) ฉบับภาษาไทยโดย Pitanupong, Liabsuetrakul, & Vittayanont (2007) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 53 มากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 27.70 และน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 19.30 โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับ 11.69 (SD = 6.06)

2. ความกลัวการคลอดบุตรของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.83 ระดับรุนแรง ร้อยละ 15.70 และระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 3.53 โดยคะแนนเฉลี่ยของความกลัวการคลอดบุตรเท่ากับ 50.60 (SD = 17.89)

3. ภาวะซึมเศร้าของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบร้อยละ 53 โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 7.30 (SD = 4.79)

4. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความกลัวการคลอดบุตรของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า

* *ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

* *Corresponding Author, Teaching assistant, Faculty of Nursing, Mahidol University, natthappy@hotmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 9 มกราคม 2560 วันที่แก้ไข 24 เมษายน 2560 วันตอบรับบทความ 3 สิงหาคม 2560

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .45, p <.05)

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ความกลัวการคลอดบุตรและภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ: *ภาวะซึมเศร้า, น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์, ความกลัวการคลอดบุตร, เบาหวานขณะพยาบาลผดุงครรภ์*

Abstract

Gestational diabetes mellitus is a complication that can cause physiological and psychological change and may affect to occur depression. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore factors related to depression among gestational diabetic women. The subjects were selected following the inclusion criteria and consisted of 83 gestational diabetic women who attended the antenatal care unit at Maharaj Nakhon Chiang Mai hospital and Health promotion hospital Center region 1 at Chiang Mai from March to June 2017. The research instruments consist of 1) the gestational weight gain evaluation form, 2) The Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ) Form A, developed by Wijma, Wijma, & Zar (1998) the Thai version by Tampawiboon (2005), 3) The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), developed by Cox, Holden, & Sagovsky (1987) the Thai version by Pitanupong, Liabsuetrakul, and Vittayanont (2007). Data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Gestational weight gain of gestational diabetic women was 53 percent for a recommended weight gain, 27.70 percent for an over recommended weight gain, and 19.30 percent for an under recommended weight gain. The average score of gestational weight gain was 11.69 (SD = 6.06).

2. Fear of childbirth of gestational diabetic women was 58.83 percent at a moderate level, 15.70 percent at a severe level, and 3.53 at a very severe level. The average score of fear of childbirth was 50.60 (SD = 17.89).

3. Depression of gestational diabetic women was found percentage of 53, the average score of depression was 7.30 (SD = 4.79).

4. There was no statistically significant correlation between gestational weight gain and depression. However, fear of childbirth of gestational diabetic women was positively statistically significant correlated with depression at a moderate level. (r = .45, p <.05).

The results of this study provide base line data about gestational weight gain, fear of childbirth, and depression in gestational diabetic women. It could be used by nurse-midwives in planning to prevent depression among gestational diabetic women.

Keywords: *Depression, Gestational weight gain, Fear of childbirth, Gestational diabetic mellitus, Nurse-midwives*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความทนต่อน้ำตาลกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association [ADA], 2017) จากรายงานอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในประเทศสหรัฐอเมริกามีรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 9.2 (DeSisto, Kim, & Sharma, 2014) สำหรับในประเทศไทยไม่พบรายงานอุบัติการณ์เบาหวานขณะตั้งครรภ์ในระดับประเทศ แต่พบรายงานของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ประจำปีพ.ศ. 2558 พบสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 6.23 (Sirivatanapa et. al, 2016) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่พบสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 7.05 (ติดต่อส่วนตัว, 2559) จึงเห็นได้ว่าเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุกรรมที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์

เบาหวานขณะตั้งครรภ์มักพบได้ในช่วงไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์จะมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน เป็นผลมาจากระดับฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลินมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ได้แก่ เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน คอร์ติซอล และโปรแลคติน นอกจากนี้ยังมีฮอร์โมนจากรก ได้แก่ ฮอร์โมนฮิวแมน พลาเซนทอล แลคโตรเจน ฮิวแมน พลาเซนทอล โกร์ท ฮอร์โมน และฮอร์โมนจากเนื้อเยื่อไขมันหรืออดิโพไคนซ์ โดยปกติสตรีตั้งครรภ์จะปรับชดเชยโดยการผลิตอินซูลินเพิ่มขึ้นเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ แต่หากตับอ่อนทำงานผิดปกติหรือไม่สามารถผลิตได้เพียงพอกับความต้องการอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น นำไปสู่การเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ (Alfadhli, 2015) ซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก

ผลการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกได้ ในด้านของสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์แฝดน้ำ และเพิ่มอัตราการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ ระยะยาวอาจมีผลต่อการนำไปสู่โรคหลอดเลือด และสามารถพัฒนากลายเป็นเบาหวานเรื้อรังชนิดที่ 2 ได้ ด้านของทารกมีโอกาสเกิดภาวะ ทารกตัวโต และเสียชีวิตในครรภ์ (Caughey, 2016) นอกจากนี้เบาหวานขณะตั้งครรภ์อาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ตามมา ดังการศึกษาของ (Byrn & Penckofer, 2015) ที่พบว่าในกลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์สัมพันธ์กับอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะ ดังการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติถึงร้อยละ 54 (Katon, Russo, Gavin, Melville, & Katon, 2011) และการศึกษาในประเทศบังกลาเทศพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นร้อยละ 25.92 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด (Natasha, Hussain, & Khan, 2015) จึงเห็นได้ว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ถ้ามีปัญหาทางด้านจิตใจทอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

ภาวะซึมเศร้าเป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ทางลบของสตรีที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา (Cox, Holden, Sagovsky ,1987)โดยสามารถพบได้ในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 เนื่องมาจากเป็นช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมากทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Lee et al., 2007)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์อาจนำไปสู่อันตรายทั้งต่อสตรีและทารก ดังการศึกษาของ Bindt et al. (2012) พบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การคลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อย และจากการศึกษาของ Hanlon et al. (2009) พบว่าภาวะซึมเศร้าอาจทำให้เกิดการคลอดยาวนานในระยะคลอด และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านร่างกาย และด้านจิตใจ โดยปัจจัยด้านร่างกายที่พบว่าเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าคือ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ หมายถึง น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจากน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ มีการศึกษาของ Bodnar, Wisner, Moses-Kolko, Sit, & Hanusa (2009) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์สามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 3.20 เท่า (OR 3.20, 95%; CI, 1.20-8.10) แต่จากการศึกษาของ Ertel, Silveira, Pekow, Dole, Markenson, & Chasan-Taber (2015) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ สามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 0.53 เท่า (OR 0.53; 95% CI, 0.31, 0.90) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่าหรือมากกว่าเกณฑ์ มักเกิดจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง หรือพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ทั้งน้อยกว่าหรือมากกว่าเกณฑ์ จึงเป็นปัจจัยด้านร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ปกติ

ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่าความกลัวการคลอดบุตรเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งความกลัวการคลอดบุตร หมายถึง การรับรู้ทางด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีตั้งครรภ์กับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ว่าสิ่งนั้นจะเป็นอันตรายต่อสตรีและทารกในครรภ์ (Ryding, Wijima, Wijima, & Rydhström, 1998) จากการศึกษาของ Räisänen, Lehto, Nielsen, Gissler, Kramer, & Heinonen, (2014) พบว่าความกลัวการคลอดบุตรเป็นปัจจัยทำนายที่สามารถเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 2.63 เท่า (OR 2.63, 95%; CI, 2.39-2.89) โดยความกลัวการคลอดบุตรจะทำให้สตรีตั้งครรภ์สูญเสียความมั่นใจและขาดความสามารถในการควบคุมตนเองนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นความกลัวการคลอดบุตรจึงเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และความกลัวการคลอดบุตรสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ปกติ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างกับประเทศไทยในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการศึกษาในต่างประเทศจึงอาจจะไม่สามารถอ้างอิงในกลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในประเทศไทยได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ความกลัวการคลอดบุตรและภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้การดูแลเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งผลของการศึกษาจะทำให้ได้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการประเมินและดูแลช่วยเหลือสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
3. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ความกลัวการคลอดบุตรและภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

1. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นอย่างไร

2. ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นอย่างไร

3. ภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นอย่างไร

4. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยภาวะซึมเศร้าเป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ทางลบของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากการทบทวนวรรณกรรม 2 ปัจจัย คือ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และความกลัวการคลอดบุตร ซึ่งเป็นการรับรู้ทางด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นว่าสิ่งนั้นจะเป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์หรือมากกว่าเกณฑ์อาจจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์สามารถแสดงถึงความบกพร่องในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า และความกลัวการคลอดบุตรที่รุนแรงอาจจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากความกลัวการคลอดบุตรที่รุนแรงจะทำให้สตรีตั้งครรภ์สูญเสียความมั่นใจและขาดความสามารถในการควบคุมตนเองนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1.สตรีครรภ์แรก 2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 3. อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ 4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อื่นร่วม 4. สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน 2560

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .08 กำหนดอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่าง การประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีใช้สูตรของ Luecha et al. (1997) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 42 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่จำนวน 43 คน

ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้คัดกลุ่มตัวอย่างออก จำนวน 2 คน เนื่องจากพบแบบสอบถามตอบไม่สมบูรณ์ครบถ้วน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 97.65

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

รายได้ครอบครัว อายุครรภ์ วิธีการรักษา และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์

2. แบบประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ คำนวณจากน้ำหนักตัวปัจจุบัน ลบกับน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การแปลผลความหมายของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ พิจารณาจากดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Faculty of Medicine Chiang Mai University, 2016) 4 ระดับ ดังนี้

1) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ < 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร

น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 10.0 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์

น้ำหนักเพิ่มขึ้นช่วง 10.0-18.00 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์

น้ำหนักเพิ่มขึ้น > 18.0 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์

2) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร

น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 8.0 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์

น้ำหนักเพิ่มขึ้นช่วง 8.0-16.00 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์

น้ำหนักเพิ่มขึ้น > 16.0 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์

3) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 25.0-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร

น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 6.0 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์

น้ำหนักเพิ่มขึ้นช่วง 6.0-14.00 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์

น้ำหนักเพิ่มขึ้น > 14.0 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์

4) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ > 30.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร

น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 4.0 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์

น้ำหนักเพิ่มขึ้นช่วง 4.0-8.00 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์

น้ำหนักเพิ่มขึ้น > 8.0 กิโลกรัม หมายถึง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์

3. แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร (W-DEQ) รูปแบบ A ของ Wijima et al. (1998) ฉบับภาษาไทย โดย Tampawiboon (2005) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 19 ข้อ คำตอบมีลักษณะของมาตรวัด 6 ระดับ ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มี จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 14 ข้อ ให้ค่าคะแนนตรงข้ามโดย 5 คะแนน หมายถึง ไม่มี จนถึง 0 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ผลรวมคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-165 คะแนน การแปลผลความหมายของคะแนนพิจารณาผลรวมของคะแนน สามารถแบ่งคะแนนความกลัวการคลอดบุตรตามช่วงอันตรภาคชั้นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ผลรวมคะแนน ≤ 37 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรระดับเล็กน้อย

ผลรวมคะแนน 38-65 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรระดับปานกลาง

ผลรวมคะแนน 66-83 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง

ผลรวมคะแนน ≥ 84 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรงมาก

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Cox, Holden, Sagovsky (1987) ฉบับภาษาไทยโดย Pitanupong et al. (2007) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 2 ข้อ คำตอบมีลักษณะของมาตรวัด 4 ระดับ ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย จนถึง 3 คะแนน หมายถึง มีบ่อยมาก และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ ให้ค่าคะแนนตรงข้ามโดย 3 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย จนถึง 0 คะแนน

หมายถึง มีบ่อยมาก ผลรวมคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-30 คะแนน การแปลผลความหมายของคะแนน พิจารณาผลรวมของคะแนนโดยคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการใช้สถิติพรรณนาและหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลังจากทดสอบการกระจายข้อมูลพบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 20-45 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 30.22 ปี (SD = 5.40) สถานภาพสมรส ร้อยละ 89.41 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 49.40 และวิธีการรักษาเป็นควบคุมอาหารร้อยละ 90.40

2. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 53 และมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 27.70 โดยค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เท่ากับ 11.69 (SD = 6.06)

3. ความกลัวการคลอดบุตรของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.83 ระดับรุนแรง ร้อยละ 15.29 และระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 3.53 โดยคะแนนเฉลี่ยของความกลัวการคลอดบุตรเท่ากับ 50.60 (SD = 17.89)

4. ภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 53 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 7.30 (SD = 4.79)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่พบว่าความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = .45$, $p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (N=83)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์	ความกลัวการคลอดบุตร
ภาวะซึมเศร้า	1.00		
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์	-.04	1.00	
ความกลัวการคลอดบุตร	.45**	-.06	1.00

หมายเหตุ. ** $p < .05$

การอภิปรายผล

1. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์

จากการศึกษาพบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไปเป็นตามเกณฑ์ปกติร้อยละ 53 อาจเนื่องมาจากได้รับการดูแลและคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตัวเอง ตลอดจนมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ได้ ดังการศึกษาของ Olson & Strawderman (2003) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์

ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และการควบคุมอาหาร ทำให้ตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์จึงเป็นไปตามเกณฑ์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับตั้งแต่มัธยมศึกษาจนถึงระดับสูงกว่าปริญญาตรี จึงมีการรับรู้และเข้าใจความเสี่ยงของการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Heery Kelleher, Wall, & McAuliffe, 2014) อีกทั้งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ดี (Specht, 2017)

2. ความกลัวการคลอดบุตร

จากการศึกษาพบว่าความกลัวการคลอดบุตรอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงมากร้อยละ 77.65 อาจเนื่องมาจากเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถส่งผลกระทบทั้งต่อด้านร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ และได้รับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างวิตกกังวลจนเกิดความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ Serçekus & Okumus, (2009) พบว่าในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อมูลมากจนเกินไปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตร อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ จนเกิดเป็นความกลัวการคลอดบุตร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรก ที่ยังขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดบุตรมาก่อน อีกทั้งมีอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ จึงอาจคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าจนขาดความมั่นใจและเกิดเป็นความกลัวการคลอดบุตร (Kittisakchai, Sansiripan, & Kantaruksa, 2013)

3. ภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 53 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนจะปรับระดับสูงขึ้นทำให้ยั้บยั้งการสังเคราะห์ซีโรโทนินและทริปโทเฟนไฮดรอกซิเดรสเป็นเหตุให้สตรีตั้งครรภ์มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Lokuge, Frey, Foster, Soares, & Steiner, 2011) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ เป็นช่วงมีการปรับตัวอย่างมากอันเป็นผลมาจากความไม่สุขสบายด้านร่างกาย เช่น อาการปวดหลัง เจ็บครรภ์ ปัสสาวะบ่อย ตะคริวที่ขา แน่นอึดอัดท้อง นอนไม่หลับ เป็นต้น และอาจทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน เครียด วิตกกังวลเพิ่มขึ้น จึงมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาของ Mautner et al. (2009) ที่ศึกษาในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 3 ช่วงคือ ในช่วงอายุครรภ์ 24-37 สัปดาห์ วันที่ 5 หลังคลอด และ 3-4 เดือนหลังคลอด พบว่าในช่วงอายุครรภ์ 24-37 สัปดาห์ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 39 เมื่อเทียบกับวันที่ 5 หลังคลอดพบร้อยละ 27 และ 3-4 เดือนหลังคลอดร้อยละ 17

4. ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากการศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่าหรือมากกว่าเกณฑ์จึงจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เพราะการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เป็นผลมาจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง หรือมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาของ Shieh & Wu (2014) ที่พบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ($r = -.329$, $p = .013$) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาของ Ertel et al. (2015) พบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 0.53 เท่า (OR 0.53; 95% CI, 0.31, 0.90) แต่การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งที่มี

น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์ปกติจึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Molyneaux, Poston, Khondoker, & Howard, (2016) พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์หรือน้อยกว่าเกณฑ์ ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอดบุตรกับภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากการศึกษาพบว่าความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = .45$, $p < .05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความกลัวการคลอดมากจะมีภาวะซึมเศร้ามาก ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากพบกลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการคลอดบุตรอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงมากร้อยละ 77.65 ทั้งนี้ความกลัวการคลอดบุตรที่รุนแรงจะส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์สูญเสียความมั่นใจมากขึ้น และขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาของ Räisänen et al. (2014) พบว่าความกลัวการคลอดบุตร สามารถเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีครรภ์แรกได้ถึง 2.63 เท่า (OR 2.63, 95%; CI, 2.39 - 2.89)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรประเมินความกลัวการคลอดบุตร และคัดกรองภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม

ด้านการศึกษาพยาบาล

เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ ให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักถึงผลกระทบความกลัวการคลอดบุตร กับภาวะซึมเศร้า และสามารถประเมินความกลัวการคลอดบุตรและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสตรีกลุ่มอื่นเพิ่มเติม เช่น สตรีที่เป็นเบาหวานมาก่อนการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

2. เป็นแนวทางในการทำวิจัยพรรณนาเชิงทำนายเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

Alfadhli, E. M. (2015). Gestational diabetes mellitus. *Saudi Medical Journal, 36*(4), 399-406.

American Diabetes Association (ADA). (2017). *Standards of medical care in diabetes 2017.* Retrieve from https://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org

Bindt, C., Appiah-Poku, J., Te Bonle, M., Schoppen, S., Feldt, T., Barkmann, C., ... & Guo, N. (2012). Antepartum depression and anxiety associated with disability in African women: Cross-sectional results from the CDS study in Ghana and Côte d'Ivoire. *Plos One, 7*(10), e48396.

Bodnar, L. M., Wisner, K. L., Moses-Kolko, E., Sit, D. K., & Hanusa, B. H. (2009). Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and the likelihood of major depressive disorder during pregnancy. *The Journal of Clinical Psychiatry, 70*(9), 1290-1296.

Byrn, M., & Penckofer, S. (2015). The relationship between gestational diabetes and antenatal depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 44*(2), 246-255.

Caughey, B. A. (2016). *Gestational diabetes mellitus: Obstetrical issues and management.* Retrieve from http://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-obstetrical-issues-and-management

Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry, 150*(6) 782-786.

DeSisto, C. L., Kim S. Y., & Sharma A. J., (2014). Prevalence estimates of gestational diabetes mellitus in the United States, pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS), 2007-2010. *Preventing Chronic Disease, 11*(130415). 1-9.

Ertel, K., Silveira, M., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G., & Chasan-Taber, L. (2015). Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and elevated depressive symptoms in a hispanic cohort. *Health Psychology, 34*(3), 274-278.

Faculty of Medicine Chiang Mai University. (2016). *Antenatal book of Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital.* Chiang Mai: Chiang Mai University. (In Thai)

Hanlon, C., Medhin, G., Alem, A., Tesfaye, F., Lakew, Z., Worku, B., ... & Tomlinson, M. (2009). Impact of antenatal common mental disorders upon perinatal outcomes in Ethiopia: The P-MaMiE population-based cohort study. *Tropical Medicine & International Health, 14*(2), 156-166.

Heery, E., Kelleher, C. C., Wall, P. G., & McAuliffe, F. M. (2014). Prediction of gestational weight gain-a biopsychosocial model. *Public Health Nutrition, 18*(8), 1488-1498.

Katon, J. G., Russo, J., Gavin, A. R., Melville, J. L., & Katon, W. J. (2011). Diabetes and depression in pregnancy: Is there an association? *Journal of Women's Health, 20*(7), 983-989.

Kittisakchai, T., Sansiripan, N., & Kantaruksa, K. (2013). Fear of childbirth in pregnant women and related factors. *Nursing Journal, 40,* 12-21. (In Thai)

Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology, 110*(5), 1102-1112.

Lokuge, S., Frey, B. N., Foster, J. A., Soares, C. N., & Steiner, M. (2011). Commentary: Depression in women: Windows of vulnerability and new insights into the link between estrogen and serotonin. *The Journal of Clinical Psychiatry, 72*(11), 1563-1569.

Luecha, Y., Lertmareewong, M., Lauhachinda, Y., Leesuwan, W., Putwatana, P., & Thanooruk, R. (1997). *Research in Nursing.* (5th ed.). Bangkok: Siamsilp Printing. (In Thai)

Mautner, E., Greimel, E., Trutnovsky, G., Daghofer, F., Egger, J. W., & Lang, U. (2009). Quality of life outcomes in pregnancy and postpartum complicated by hypertensive disorders, gestational diabetes, and preterm birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30*(4), 231-237.

Molyneaux, E., Poston, L., Khondoker, M., & Howard, L. M. (2016). Obesity, antenatal depression, diet and gestational weight gain in a population cohort study. *Archives of Women's Mental Health, 19*(5), 899-907.

Natasha, K., Hussain, A., & Khan, A. A. (2015). Prevalence of depression among subjects with and without gestational diabetes mellitus in Bangladesh: A hospital-based study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders, 14*(1), 1-9.

Olson, C. M., & Strawderman, M. S. (2003). Modifiable behavioral factors in a biopsychosocial model predict inadequate and excessive gestational weight gain. *Journal of the American Dietetic Association, 103*(1), 48-54.

Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh postnatal depression scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research. 149*(1-3), 253–259.

Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2014). Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: A population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *British Medical Journal Open, 4*(11), e004883.

Ryding, E. L., Wijima, B., Wijima, K., & Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 77*(5), 542-547.

Serçekus, P., & Okumus, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery, 25*(2), 155-162.

Shieh, C., & Wu, J. (2014). Depressive symptoms and obesity/weight gain factors among black and hispanic pregnant women. *Journal of Community Health Nursing, 31*(1), 8-19.

Sirivatanapa, P., Tongsong, T., Wanapirak, C., Piyamongkol, V., Sirichotiyakul, S., Tongprasert, P.,... Leopreecha, U. (2016). *OB Statistics 2016.* Maternal-Fetal Medicine Unit Faculty of Medicine Chiang Mai University. (In Thai)

Specht, J. (Ed.). (2017). *Personality development across the lifespan.* Cambridge, MA: Academic Press.

Tampawiboon, K. (2005). *Effects of childbirth preparation on fear, labor pain coping behaviors, and childbirth satisfaction in primiparas.* (Doctoral dissertation, Mahidol University). Retrieved from http://mulinet11.li.mahidol.ac.th

Wijima, K., Wijima, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 19*(2), 84-97.

ความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอดและสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

Anxiety, Childbirth Experience and Childbirth Self-efficacy of Pregnant Women

อัจฉรียา	จิระมณี *	Atchareya	Jiramanee *
ฉวี	เบาทรวง **	Chavee	Baosoung **
นันทพร	แสนศิริพันธ์ **	Nantaporn	Sansiriphun **

บทคัดย่อ

สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเป็นสิ่งบ่งชี้ที่สำคัญของความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์และการคลอด การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอดและสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีครรภ์หลังอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 36-41 สัปดาห์ จำนวน 85 ราย ที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ของ Lowe (1993) ฉบับภาษาไทยโดย Tanglakmankhong, Perri, & Lowe (2010). แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของ Spielberger (1976) ฉบับภาษาไทยโดย Iamsupasit, Nontasak, & Thapinta (1991) และแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ Michels, Kruske, & Thompson (2013) ฉบับภาษาไทยโดย Baosoung & Sansiriphun (2017) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล 41.34 (S.D. = 7.88) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของประสบการณ์การคลอด 4.09 (S.D. = .80) ซึ่งเป็นประสบการณ์การคลอดทางบวกระดับสูง

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะแห่งตนในการคลอดโดยรวม 232.59 (S.D. = 52.32) ซึ่งเป็นสมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน 115.78 (S.D. = 28.29) และคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ 116.81 (S.D. = 25.92) ซึ่งเป็นความความคาดหวังในระดับสูงทั้งคู่

4. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, atcareya.jir@gmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 9 มกราคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 26 มิถุนายน 2560 วันตอบรับบทความ 19 กันยายน 2560

ทางสถิติ ($r = -.42$, $p < .01$)

5. ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50$, $p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

คำสำคัญ: *ความวิตกกังวล, ประสบการณ์การคลอด, สมรรถนะแห่งตนในการคลอด, สตรีตั้งครรภ์, การผดุงครรภ์*

Abstract

Childbirth self-efficacy is an important indicator of pregnant women's ability to cope with labour and birth. The purpose of this descriptive correlational study was to explore the relationship between anxiety, childbirth experience and childbirth self-efficacy of pregnant women. Participants included eighty-five multigravid women with gestational age between 36-41 weeks who attended the antenatal clinic at Health Promoting Hospital, 1st Regional Health Promoting Center, Chiang Mai from May to August 2017. The research tools were the Thai Childbirth Self-Efficacy Inventory by Lowe (1993), the Thai version by Tanglakmankhong and others (2010), the State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 by Spielberger (1976), the Thai version by Tatree Nontasak, Sompoch Iamsupasit, and Darawan Thapinta (1991) and the Perceived Childbirth Experience by Michels, Kruske and Thompson (2013), the Thai version by Chavee Baosoung and Nantaporn Sansiriphun (2017). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Participants had a mean score for anxiety of 41.34 (S.D. = 7.88), which was at a moderate level of anxiety.

2. Participants had a mean score for childbirth experience of 4.09 (S.D. = .80), which was at a high level of positive childbirth experience.

3. The mean score for total childbirth self-efficacy of participants was 232.59 (S.D. = 52.32), which was at a high level of childbirth self-efficacy. The participants' mean score for self-efficacy expectancy was 115.78 (S.D. = 28.29) and for outcome expectancy was 116.81 (S.D. = 25.92). Both were at a high level of expectancy.

4. Anxiety was negatively statistically significant associated with childbirth self-efficacy of pregnant women ($r = -.42$, $p < .01$).

5. Childbirth experience was positively statistically significant associated with childbirth self-efficacy of pregnant women. ($r = .50$, $p < .01$).

The findings from this study can be used as baseline data for planning effective nursing care to promote childbirth self-efficacy of pregnant women.

Keywords: *Care System for Stroke Patients, Stroke network*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรถือเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของสตรีและเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเปลี่ยนผ่านไปสู่ชีวิตการเป็นมารดา (Michels, Kruske, & Thompson, 2013) โดยเฉพาะการคลอดบุตรถือเป็นประสบการณ์ที่ยากลำบากที่สตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่หลากหลายจึงจะสามารถผ่านการคลอดไปได้ตามปกติ (Lowe, 1991) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง (Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004) สามารถพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีกับทารก และสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004) สตรีตั้งครรภ์จำนวนมากมักเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะคลอด (Lowe, 1991) ซึ่งสมรรถนะแห่งตนในการคลอด คือ ตัวบ่งชี้สำคัญที่แสดงถึงความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์และการคลอด (Lowe, 1993) แนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ได้มีการนำมาใช้ส่งเสริมสมรรถนะในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Butsangdee, Chareonsanti, & Kantaruksa, 2013; Chaibarn, Kantaruksa, Somboon, 2010) พบว่า ทำให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว

สมรรถนะแห่งตนในการคลอด (childbirth self-efficacy) ของ Lowe (1991) พัฒนามาจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura's Self-efficacy theory) หมายถึง ความมั่นใจของสตรีตั้งครรภ์ที่คาดการณ์ในความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด (Lowe, 1991) ประกอบด้วยความคาดหวัง 2 ประการ คือ ความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy expectancy) เป็นความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) เป็นความมั่นใจว่าเมื่อตนเองกระทำพฤติกรรมนั้นๆ แล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการเผชิญกับการคลอดได้ตรงตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งการที่สตรีตั้งครรภ์จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับความคาดหวังทั้ง 2 ประการ ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในระหว่างการคลอด ในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (Lowe, 1991) ได้อธิบายว่า สตรีตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อนจะมีการพัฒนาความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการคลอดได้จากการได้เห็นหรือได้รับฟังประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น สำหรับสตรีครรภ์หลังจะมีการพัฒนาความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการคลอดได้จากประสบการณ์ในการคลอดของตนเองที่ผ่านมาครั้งก่อน

สมรรถนะแห่งตนในการคลอดจะส่งผลต่อสตรีตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการคลอด สตรีตั้งครรภ์ที่มีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนหรือมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการคลอด จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้น รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ตรงต่อเหตุการณ์การคลอด ณ ขณะนั้นได้อย่างเหมาะสม (Lowe, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูงจะเป็นผู้ที่มีความอดทน มุ่งมั่น ไม่ท้อถอย และแสดงออกทางพฤติกรรมการเผชิญการคลอดและความกลัวการคลอดบุตรได้เหมาะสม (Salomonsson, Gullberg, Alehagen, & Wijma, 2013) จะมีความสามารถในการควบคุมความเจ็บปวดระหว่างการคลอดได้ดี (Manning & Wright, 1983) มีการใช้วิธีระงับปวดทางไขสันหลังน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Carlsson, Ziegert, & Nissen, 2015) ในทางตรงกันข้ามสตรีตั้งครรภ์

ที่มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดต่ำ จะไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาหรือการเผชิญกับการคลอด ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการพยายามกระทำพฤติกรรม หรือหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์และการคลอด (Lowe, 2000) และพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดต่ำ จะเป็นผู้ที่มีความกลัวการคลอดมาก และส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ (Carlsson et al., 2015)

สตรีตั้งครรภ์จะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยสำคัญ 2 ปัจจัย คือ ความวิตกกังวลและประสบการณ์การคลอด โดยความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ เป็นความวิตกกังวลที่สตรีตั้งครรภ์คาดการณ์จากการประเมินสถานการณ์ในระยะคลอดที่จะเกิดขึ้นว่าจะเป็นอันตรายหรือเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ กังวลใจ และพบว่า สตรีตั้งครรภ์จะเกิดความวิตกกังวลสูงสุดในไตรมาสที่ 3 ซึ่งเป็นไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ (Jokic, Zigi, & Nakic, 2014) ในช่วงนี้สตรีตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และการคลอดที่กำลังจะมาถึง (Beebe et al., 2007) ซึ่งสภาวะอารมณ์ของบุคคลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน หากบุคคลมีสภาวะอารมณ์ทางลบ เช่น มีความวิตกกังวลสูง มีความตึงเครียด มีอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น สภาวะเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง (Bandura, 1977) การศึกษาแบบไปข้างหน้าในสตรีครรภ์แรก อายุครรภ์เท่ากับหรือมากกว่า 38 สัปดาห์ จำนวน 35 คน พบว่าความวิตกกังวลประจำบุคคล (trait anxiety) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ($r = -.59$, $p < .01$) (Beebe et al., 2007)

ประสบการณ์การคลอด (childbirth experience) เป็นการรับรู้ของสตรีเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดทั้งทางบวกและทางลบตั้งแต่ ระยะเจ็บครรภ์ระยะเบ่งคลอด จนถึงระยะรกคลอด (Marut & Mercer, 1979) โดยประสบการณ์การคลอดทางบวก คือ การที่สตรีรับรู้เหตุการณ์ในระยะคลอดตามสภาพความเป็นจริง สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะคลอดได้ มีความคิดเห็นว่าการคลอดเป็นกระบวนการปกติของการให้กำเนิดบุตร ไม่ใช่การเจ็บป่วย การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่มีความหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเอง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด ส่วนประสบการณ์การคลอดทางลบ คือ การที่สตรีรับรู้เหตุการณ์ในระยะคลอดมากเกินความเป็นจริง รู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งน่ากลัวที่คุกคามต่อชีวิต เป็นความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน และไม่สามารถควบคุมตนเองในการเผชิญกับการคลอดได้ (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008) การศึกษาในสตรีครรภ์หลัง พบว่า ประสบการณ์การคลอดครั้งก่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ($r = .24$, $p < .05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์ (Drummond & Rickwood, 1997)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาสมรรถนะแห่งตนในการคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความวิตกกังวลและประสบการณ์การคลอด โดยเลือกศึกษาในไตรมาสที่ 3 เนื่องจากเป็นช่วงที่สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในการคลอดสูงสุด และเป็นการศึกษาความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนในการคลอดที่ใกล้กับเหตุการณ์การคลอดที่กำลังจะเกิดขึ้นจริงมากที่สุด การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชาวตะวันตก โดยศึกษาในครรภ์แรกหรือศึกษาทั้งสตรีครรภ์แรกและครรภ์หลัง ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกันทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์ และการศึกษาประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมาพบเพียง 1 การศึกษา (Drummond & Rickwood, 1997) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์หลังเพียง 59 คน เนื่องจากข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงยังไม่สามารถนำมาใช้อ้างอิงได้ จึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม ผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้

จึงเป็นการเพิ่มเติมองค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด และสมรรถนะแห่งตนในการคลอดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด และสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด และสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด และสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์เป็นอย่างไร

2. ความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของ Lowe (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสมรรถนะแห่งตนในการคลอด เป็นความมั่นใจในความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ในการเผชิญต่อเหตุการณ์ในระยะเจ็บครรภ์และในการคลอด ซึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังของบุคคล 2 ประการ คือ ความคาดหวังในสมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ได้แก่ ความวิตกกังวลและประสบการณ์การคลอด ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจของสตรีตั้งครรภ์ ต่อสถานการณ์เกี่ยวกับการคลอดที่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจน ส่วนประสบการณ์การคลอด เป็นการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในระยะคลอดครั้งที่ผ่านมาทั้งในทางบวกและในทางลบ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลต่ำมีแนวโน้มที่จะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูง และสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การคลอดครั้งก่อนในทางบวกสูงมีแนวโน้มที่จะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูงด้วย โดยคาดว่า ความวิตกกังวลและประสบการณ์การคลอดจะมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีครรภ์หลังที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 20-35 ปี 2) การคลอดครั้งก่อนๆ เป็นการคลอดปกติ 3) อายุครรภ์ระหว่าง 36-41 สัปดาห์ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ตกเลือดก่อนคลอด เป็นต้น 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 6) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางที่สามารถใช้ประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร

2. แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State

Anxiety Inventory [STAI form Y-1]) ของ Spielberger (1976) ฉบับภาษาไทยโดย Iamsupasit, Nontasak, & Thapinta (1991) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก มากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน การแปลความหมายคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (20-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) ระดับรุนแรง (61-70 คะแนน) และระดับตื่นกลัวสุดขีด (71-80 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

3. แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (Perceived Childbirth Experience) ของ Michels et al. (2013) ฉบับภาษาไทยโดย Baosoung & Sansiriphun (2017) มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ โดยรวมแล้วท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บครรภ์และการคลอดบุตรครั้งที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน (ประสบการณ์ทางลบมากที่สุด) จนถึง 5 คะแนน (ประสบการณ์ทางบวกมากที่สุด) การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้นของลักษณะคำตอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้ มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบระดับสูง (1.00-1.99 คะแนน) มีการรับรู้ทางลบ (2.00-2.99 คะแนน) มีการรับรู้ทางบวก (3.00-3.99 คะแนน) และมีการรับรู้ทางบวกระดับสูง (4.00-5.00 คะแนน) เนื่องจากมีข้อคำถาม 1 ข้อ ผู้วิจัยไม่ได้หาความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายในเนื้อหา (internal consistency reliability)

4. แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการคลอด (The Thai Childbirth Self-Efficacy Inventory) ของ Lowe (1993) ฉบับภาษาไทยโดย Tanglakmankhong et al. (2010) ประกอบด้วยข้อคำถามรวมทั้งหมด 32 ข้อ เป็นข้อคำถามวัดความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามวัดความคาดหวังในผลลัพธ์ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 10 ระดับ ตั้งแต่หมายเลข 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย/ไม่ช่วยเลย จนถึงหมายเลข 10 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด/ช่วยได้มากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดของสมรรถนะแห่งตนในการคลอดอยู่ในช่วง 32-320 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้นของลักษณะคำตอบเป็น 5 ระดับ ดังนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับต่ำที่สุด (32.00-64.00 คะแนน) ระดับต่ำ (64.01-128.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (128.01-192.00 คะแนน) ระดับสูง (192.01-256.00 คะแนน) และระดับสูงมากที่สุด (256.01-320.00 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ ตอบรับให้ความร่วมมือ จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงหรือระดับตื่นกลัวสุดขีด ผู้วิจัยจะส่งต่อข้อมูลให้แพทย์และพยาบาลผู้ดูแล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรงหรือระดับตื่นกลัวสุดขีด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2560 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ครบสมบูรณ์มาวิเคราะห์ทางสถิติ จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ One Sample Kolmogorov Smirnov test พบว่า การแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

(Spearman's rank correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์หลัง จำนวน 85 ราย มีอายุระหว่าง 21-35 ปี อายุเฉลี่ย 28.94 ปี (S.D. = 4.26) ร้อยละ 37.65 มีช่วงอายุระหว่าง 31-35 ปี และร้อยละ 36.47 มีช่วงอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 42.35 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.76 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.82 มีสถานภาพสมรสคู่ และกลุ่มตัวอย่างมีบุตรจำนวน 1 ถึง 4 คน ร้อยละ 44.70, 44.70, 9.42 และ 1.18 ตามลำดับ

2. ข้อมูลความวิตกกังวลขณะเผชิญ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล 41.34 (S.D. = 7.88) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

3. ข้อมูลประสบการณ์การคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด 4.09 (S.D. = .80) ซึ่งเป็นประสบการณ์การคลอดทางบวกระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.65 มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกระดับสูง

4. ข้อมูลสมรรถนะแห่งตนในการคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะแห่งตนในการคลอดโดยรวม 232.59 (S.D. = 52.32) ซึ่งเป็นสมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน 115.78 (S.D. = 28.29) และคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ 116.81 (S.D. = 25.92) ซึ่งเป็นความความคาดหวังในระดับสูงทั้งคู่ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

5. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.42$, $p < .01$) และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40$, $p < .01$ และ $r = -.38$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

6. ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50$, $p < .01$) และประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49$, $p < .01$ และ $r = .47$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด และสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความวิตกกังวล	1.000				
2. ประสบการณ์การคลอด	-.22	1.000			
3. สมรรถนะแห่งตนในการคลอดโดยรวม	-.42**	.50**	1.000		
- ความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน	-.40**	.49**	.96	1.000	
- ความคาดหวังในผลลัพธ์	-.38**	.47**	.95	.84	1.000

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ความวิตกกังวล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล 41.34 (S.D. = 7.88) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเฉพาะบางเวลาที่มีสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลรับรู้ได้ถึงอันตรายหรือภัยคุกคาม ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับการแปลความหมายของอันตรายที่จะเข้ามาคุกคามของแต่ละบุคคล (Spielberger, 1976) การที่กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะใกล้คลอด มีอายุครรภ์ 36-41 สัปดาห์ โดยปกติสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงใกล้คลอดจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดที่กำลังจะมาถึง (Beebe et al., 2007) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.94 ปี (S.D. = 4.26) ซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่เป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะ มีความพร้อมทางสภาวะจิตใจ การตัดสินใจ การเรียนรู้ รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ และสามารถปรับตัวได้ดี (Lowe, 1993) ซึ่งการศึกษานี้ได้ผลแตกต่างกับการศึกษาของบีบีและคณะ (Beebe et al., 2007) เกี่ยวกับความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ครรภ์แรก จำนวน 35 รายที่มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 38 สัปดาห์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลประจำบุคคล (trait anxiety) เท่ากับ 31.43 (S.D. = 6.40) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย

2. ประสบการณ์การคลอด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด 4.09 (S.D. = .80) โดยเป็นการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกระดับสูง การที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกในระดับสูง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นสตรีครรภ์หลังที่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาแล้ว ซึ่งมีการศึกษาพบว่า สตรีครรภ์หลังส่วนใหญ่จะมีความกลัว ความวิตกกังวลต่อการคลอดน้อยกว่าสตรีครรภ์แรก และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าสตรีครรภ์แรก (Hodnett, 2002) และ (Lowe, 2002) ได้อธิบายว่าสตรีครรภ์หลังที่เคยเผชิญกับการเจ็บครรภ์และการคลอดมาแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประสบการณ์ทางบวก จึงส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าสตรีครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.40 เคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว 1-2 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.35 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และร้อยละ 31.76 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งมีรายงานว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกระดับต่ำกว่า (Nichols, 1992) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นทางบวกระดับสูง การศึกษาครั้งนี้ได้ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Michels et al. (2013) ที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 664 คน เป็นมารดาครรภ์แรกร้อยละ 48.5 และมารดาครรภ์หลังร้อยละ 51.5 พบว่าร้อยละ 48.95 ของมารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกระดับสูง

3. สมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดโดยรวมระดับสูง โดยทั้งความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับสูงทั้งคู่ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ ครรภ์หลังที่เคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาแล้ว 1-4 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมาว่าเป็นประสบการณ์ทางบวกระดับสูงถึงร้อยละ 77.65 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishments) ซึ่ง (Lowe, 1991) ได้อธิบายตามแนวคิดของแบนดูราว่า ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นแหล่งพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการคลอดได้ดีที่สุด เนื่องจากเป็นการประสบ

ความสำเร็จโดยตรง ซึ่งสตรีตั้งครรภ์เคยเผชิญเหตุการณ์ในการเจ็บครรภ์และในการคลอดที่เกิดขึ้นจริง ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์การคลอดที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว จะมีความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับสูงด้วย

นอกจากนี้ สภาวะทางอารมณ์ ก็เป็นอีกแหล่งหนึ่งที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ซึ่งเป็นสภาวะอารมณ์ที่สตรีตั้งครรภมีความพร้อม จึงส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง ในทางตรงกันข้ามหากสตรีตั้งครรภ์มีอารมณ์ทางลบ มีความวิตกกังวลมาก จะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดต่ำ (Lowe, 1991) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.82 มีสถานภาพสมรสคู่ จึงอาจได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามี ซึ่งมีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีระดับมากจะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับสูงด้วย (Schwartz et al., 2015) และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ของ Carlsson et al., (2015) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ($r = .27$, p value $<.01$) ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Beebe et al. (2007) ในสตรีตั้งครรภ์ครรภ์แรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดโดยรวมระดับสูง ($\bar{X}$ = 228.94, S.D. = 29.34) โดยมีความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนระดับสูง ($\bar{X}$ = 100.74, S.D. = 21.33) และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับสูงมากที่สุด ($\bar{X}$ = 128.17, S.D. = 13.94) การศึกษาของ Schwartz et al. (2015) ในสตรีตั้งครรภ์ชาวออสเตรเลีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนระดับสูง ($\bar{X}$ = 108.90, S.D. = 35.20) และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับสูง ($\bar{X}$ = 116.70, S.D. = 32.20)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด

ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลน้อยจะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูง อธิบายได้ว่า สภาวะอารมณ์ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากบุคคลมีสภาวะอารมณ์ทางบวกจะทำให้สามารถรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง แต่หากบุคคลมีสภาวะอารมณ์ทางลบ ได้แก่ มีความวิตกกังวลมาก มีความตึงเครียด หรือมีอารมณ์ซึมเศร้า สภาวะเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง (Bandura, 1977) โดยความวิตกกังวลที่มากจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหา (perceived coping efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหาเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระบบการรับรู้และการกระทำต่อปัญหา หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหาจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหา (Bandura, 1977) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลมากจะมีความมั่นใจในการใช้เทคนิคการผ่อนคลายและการควบคุมตนเองในการเผชิญการคลอดน้อย (Beebe et al., 2007) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ซึ่งความวิตกกังวลระดับต่ำจะทำให้บุคคลเกิดความตื่นตัว เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น (Shives, 2008) กลุ่มตัวอย่างจึงมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Beebe et al. (2007) ที่ศึกษาในสตรีครรภ์แรก พบว่า ความวิตกกังวลประจำบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดโดยรวม และพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดโดยรวม เมื่อพิจารณาองค์ประกอบย่อย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์

ทางลบกับทั้งความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ และการศึกษาครั้งนี้ได้ผลแตกต่างจากการศึกษาของ Drummond & Rickwood (1997) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ในสตรีครรภ์หลัง จำนวน 59 ราย โดยศึกษาช่วงอายุครรภ์ 7-41 สัปดาห์ พบว่าความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด

5. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การคลอดและสมรรถนะแห่งตนในการคลอด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การคลอดระดับสูงจะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับสูงด้วย อธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีหรือไม่จะขึ้นอยู่กับการมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยประสบการณ์ความสำเร็จจะช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคล ฝึกให้บุคคลพัฒนาทักษะความสามารถของตนเองให้เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ ทำให้เมื่อประสบความสำเร็จแล้ว บุคคลนั้นๆ จะรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ (Bandura, 1977) การศึกษาของ Lowe (1991) เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในการเผชิญการคลอด พบว่า สตรีครรภ์หลังที่มีประสบการณ์การคลอดทางบวกมาก่อนจะมีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับสูงและมีความมั่นใจในการเผชิญกับการคลอดในครรภ์ต่อมา และการศึกษาในสตรีครรภ์หลังพบว่า สตรีครรภ์หลังจะมีความคาดหวังในการคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน เนื่องจากมีความคาดหวังเดิมจากประสบการณ์การคลอดในครั้งก่อนเป็นพื้นฐาน (Lowe, 1991) ผลการศึกษาของ Tanglakmankhong et al. (2010) ในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 จำนวน 148 ราย ร้อยละ 50.4 เป็นสตรีครรภ์แรก และร้อยละ 49.6 เป็นสตรีครรภ์หลัง พบว่า สตรีครรภ์หลังที่เคยผ่านประสบการณ์การคลอด มีสมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูงกว่าสตรีครรภ์แรก และการศึกษาของ Drummond & Rickwood (1997) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 100 คน เป็นครรภ์แรก 41 คนและครรภ์หลัง 59 คน ในช่วงอายุครรภ์ 7-41 สัปดาห์ พบว่า ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด โดยความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนในการคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสบการณ์ในการคลอด ($r = .24$, $p < .05$) แต่ความคาดหวังในผลลัพธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ คือ ประสบการณ์การคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์และบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอด โดยการลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์การคลอดทางบวก

ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนพยาบาลผดุงครรภ์ โดยสอดแทรกเนื้อหาสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านประสบการณ์การคลอดกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ เช่น สตรีวัยรุ่น หรือสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษาความสามารถในการทำนายของความวิตกกังวล ประสบการณ์ในการคลอดกับสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.

Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2017). *Perceived Childbirth Experience.* Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University. (In Thai)

Beebe, K. R., Lee, K. A., Carrieri-Kohlman, V., & Humphreys, J. (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 36*(5), 410-418.

Bryanton. J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of woman's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 37*(1), 24-34.

Butsangdee, B., Chareonsanti, J., & Kantaruksa, K. (2013). Effect of self-efficacy promotion on success in exclusive breastfeeding among cesarean section mothers. *Nursing Journal, 40*(3), 1-10. (In Thai)

Carlsson, I.-M., Ziegert, K., & Nissen, E. (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery, 31*(10), 1000-1007. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.005

Chaibarn, P., Kantaruksa, K., & Somboon, L. (2010). Effects of self-efficacy and social support enhancement intervention on exclusive breastfeeding behavior among first-time mothers. *Nursing Journal, 37*(4), 70-81. (In Thai)

Drummond, J., & Rickwood, D. (1997). Childbirth confidence: Validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing, 26.* doi:10.1046/j.1365-2648.1997.t01-24-00999.x

Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing, 46*(2), 212-219.

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186*(5), S160-S172.

Iamsupasit, S., Nontasak, T., & Thapinta, D. (1991). *Reduction of anxiety of staff nurses working with aids patient through cognitive reconstructuring and mindfulness training.* (Doctoral thesis, Department of Psychology), Chulalongkorn University. (In Thai)

Jokic, B. N., Zigic, L., & Nakic R. S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: Different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 35*(1), 22-28.

Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor: A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, 20*(6), 457-463.

Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing Health, 16,* 141-149. doi:10.1002/nur.4770160209

Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 21*(4), 219-224.

Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186*(5), S16-S24.

Manning, M. M., & Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*(2), 421.

Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primipara's perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research, 28*(5), 260-266.

Michels, A., Kruske, S., Thompson. (2013). Women's postnatal psychological functioning: The role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*(2), 172-182. doi:10.1080/02646838.2013.791921

Nichols, F. H. (1992). The Psychological effects of prepared childbirth on single adolescent mothers. *The Journal of Perinatal Education, 1*(1), 41-49.

Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.

Salomonsson, B., Gullberg, M., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 34,* 1-22. doi:10.3109/0167482x.2013.824418

Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15*(1), 1-9. doi:10.1186/s12884-015-0465-8

Shives, L. R. (2008). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C.D. Spielberger, & R. Diaz-Guerrero (Eds), *Cross-cultural anxiety* (pp. 3-12). Washington: Hemisphere.

Tanglakmankhong, K., Perri, N. A., & Lowe, N. K. (2010). *Psychometric testing of the Thai version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory and the Childbirth Attitudes Questionnaire.* Unpublished manuscript, Portland.

Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth, 31*(1), 17-27.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก
Factors Related to Anxiety of First-time Expectant Fathers

อัญทิตา	กาญจนแก้ว *	Antita	Kanjanakaew *
นันทพร	แสนศิริพันธ์ **	Nantaporn	Sansiriphun **
ฉวี	เบาทรวง **	Chavee	Baosoung **

บทคัดย่อ

ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกมักมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น เนื่องจาก การคาดการณ์ถึงภาวะอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับทารกและภรรยาในขณะตั้งครรภ์ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และอายุ กับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่พาภรรยามาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberger (1976) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Nontasak, Iamsupasit &Thapinta (1991) มาตรวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยสายตาของ Piyavhatkul et al. (2011) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา ที่สร้างขึ้นโดย Janprasert (2005) สร้างจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 40.02 (S.D. = 8.11) โดยมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 54.10 และมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.90

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 80.05 (S.D. = 15.59)

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม 77.29 (S.D. = 11.85)

4. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 28.35 ปี (S.D. = 4.70) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ70.60

5. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตก กังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44$, $p < .01$; $r = -.50$, $p < .01$) ตามลำดับ ขณะที่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกทุกรายควรได้รับการประเมินความวิตกกังวล พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีกลยุทธ์ที่จะช่วยลดความวิตกกังวล โดยให้การสนับสนุนให้ตรงกับความต้องการของผู้จะเป็นบิดา

* *ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

* *Corresponding Author, Teaching Assistant, Faculty of Nursing, Mahidol University, water_sweeting@hotmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 9 มกราคม 2560 วันที่แก้ไข 1 พฤษภาคม 2560 วันตอบรับบทความ 13 กรกฎาคม 2560

คำสำคัญ: *ความวิตกกังวล, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก*

Abstract

First-time expectant fathers usually have anxiety because they are concerned about the health of the fetus and their wives during pregnancy. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore self-esteem, social support, age and anxiety of first-time expectant fathers. The subjects were selected following the inclusion criteria and consisted of 85 first-time expectant fathers who brought their wives to the antenatal clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Chiang Mai Health Promoting Hospital from February to April 2017. The research tools were the State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1 by Spielberger (1976), Thai version by Tatree Nontasak, Sompoch Iamsupasit, and Darawan Thapinta (1991), the Self-Esteem Visual Analog scale by Nawanant Piyavhatkul et al. (2011) and the Expectant Fathers Social Support Questionnaire developed by Phurichaya Janprasert (2005) based on the social support concept by House (1981). Descriptive statistics and Pearson's Product moment correlation were used to analyze the data.

The results revealed that:

1. Subjects had a mean score for anxiety of 40.02 (S.D. = 8.11). Subjects had either a mild or a moderate level of anxiety, 54.10 % or 45.90 %, respectively;

2. Subjects had a mean score for self-esteem of 80.05 (S.D. = 15.59);

3. Subjects had a mean score for social support of 77.29 (S.D. = 11.85);

4. Subject had a mean age of 28.35 years (S.D. = 4.70). Subjects (70.60 %) were between the ages of 20-30 years old; and

5. Self-esteem and social support had a negatively statistically significant correlation with the anxiety of first-time expectant fathers ($r = -.44$, $p < .01$; $r = -.50$, $p < .01$, respectively) while there was no correlation between age and anxiety of first-time expectant fathers.

These findings suggest that first-time expectant fathers should be assessed for anxiety. Nurse midwives should provide strategies to decrease anxiety by providing support to meet the needs of the expectant fathers.

Keywords: *Anxiety, Self-esteem, Social support, First-time expectant father*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเป็นบิดาครั้งแรก ถือเป็นเหตุการณ์สำคัญและเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตผู้ชาย เมื่อภรรยาให้กำเนิดบุตร ผู้เป็นสามีนอกจากต้องรับบทบาทหน้าที่การเป็นบิดาแล้วยังต้องดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่การเป็นสามีที่ดีของภรรยาด้วย (Finnbogadóttir, Svalenius, & Persson, 2003) เหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างยิ่งสำหรับผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก (Diamond, 1986) มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้จะเป็นบิดาพยายามที่จะปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และจัดการกับความวิตกกังวลของตนเองโดยแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์จากแหล่งต่างๆ

(Sansiriphun, Kantaruksa, Klunklin, Baosuang, & Jordan, 2010) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกพยายามที่จะเรียนรู้และปรับตัว แต่บางครั้งก็เกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น (Buist, Morse, & Durkin, 2003)

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการรับรู้หรือเพียงการคาดเดาสถานการณ์ และพิจารณาว่าสิ่งเร้านั้นมีอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิต (Spielberger, 1976) ความวิตกกังวลสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ ที่บุคคลประเมินว่ามีอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิตตน และความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งจะแตกต่างกัน (Spielberger, 1966) ความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดา เป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ และมีการประเมินว่า สถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อตนเอง เช่น มีภาระหน้าที่เพิ่มขึ้น ใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น หรืออาจจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น (Ratchukul & Sopajaree, 2001)

การตั้งครรภ์ของภรรยาถือเป็นช่วงวิกฤตของการเจริญเติบโตเต็มขั้นของผู้ชายที่จะก้าวเข้าสู่การเป็นบิดา ซึ่งจะต้องเผชิญเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ก่อให้ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเกิดปฏิกิริยาการแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล (Glazer, 1989) จากการศึกษาเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกชาวออสเตรเลียในช่วงการเปลี่ยนผ่านการเป็นบิดาจำนวน 312 ราย พบว่า ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกมีความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 100 (Condon, Boyce, & Corkindale, 2004) และพบว่าผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกมีความวิตกกังวลสูงกว่าสามีที่อยู่กับภรรยาแต่ยังไม่มีบุตร (Gerzi & Berman, 1981)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้จะเป็นบิดา ส่งผลกระทบต่อผู้จะเป็นบิดาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ-อารมณ์ สังคม รวมทั้งยังส่งผลกระทบถึงผู้เป็นภรรยาด้วย สำหรับผลกระทบด้านร่างกาย เช่น หัวใจสั่นพลิ้ว หายใจติดขัด เหงื่อออก ตัวสั่น เวียนศีรษะ เป็นต้น (Spielberger, 1966) ส่วนผลกระทบต่อจิตใจ-อารมณ์ เช่น มีความทุกข์ ตกใจง่าย (Stuart, 2013) ตึงเครียด (Wong & Fong, 2015) มีอารมณ์หงุดหงิด (Ratchukul & Sopajaree, 2001) มีความกลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตร (Kaewya, Sansiriphun, & Baosoung, 2014) เป็นต้น และผลกระทบต่อสังคมของตัวผู้จะเป็นบิดา ได้แก่ มีการแยกตัวออกจากสังคมกลุ่มเพื่อน (Sansiriphun et al., 2010) เกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสได้ง่ายขึ้น (Dehle & Weiss, 2002)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลใกล้ชิด (Ratchukul & Sopajaree, 2001) ทำให้ผู้เป็นภรรยาซึ่งโดยปกติขณะตั้งครรภ์มักจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016) จะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นได้ เมื่อสตรีมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลสูงจะส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และตัวสตรีได้ เช่น มีโอกาสเกิดการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด (Glynn, Schetter, Hobel, & Sandman, 2008) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษสูงขึ้น (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila, & Ylikorkala, 2000) เกิดความกลัวการคลอดบุตรเพิ่มมากขึ้น (Rubertsson, Hellström, Cross, & Sydsjö, 2014) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา อายุ (Glazer, 1989) ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Koh et al., 2015) การใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีบุตร (Hjelmstedt & Collins, 2008) การสนับสนุนทางสังคม (Caruloedphong, 2016; Koh et al., 2015; Kohrt & Worthman, 2009) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจเลือกศึกษาปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และอายุ ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่

พื้นฐานและเป็นแนวทางในการจัดการเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกได้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นภายในบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจไม่พึงพอใจ และการยอมรับตนเอง มีการประเมินตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมาจากการเปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่นในสังคม และความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง (Rosenberg, 1989) มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้จะเป็นบิดาขณะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ภรรยาตั้งครรภ์ พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง เช่น รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอไร้กำลัง ไม่อาจช่วยเหลือภรรยา (Asenhed, Kilstam, Alehagen, & Baggens, 2013) รู้สึกว่าตนเองทำหน้าที่ได้ไม่ดีพอ เป็นต้น (Finnbogadóttir et al., 2003) จากการศึกษาของ Koh et al. (2015) เกี่ยวกับอุบัติการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาชาวฮ่องกงในขณะภรรยาตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33$, $p < .001$) นอกจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแล้ว การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีต่อกัน ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่และให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (House, 1981) ในระยะตั้งครรภ์หากผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้จะเป็นบิดามีความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ได้ (Sansiriphun et al., 2010) มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความวิตกกังวลที่รุนแรงขึ้น (Kohrt & Worthman, 2009) และการศึกษาของ Charuloedphong (2016) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในขณะภรรยาอยู่ในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.274$, $p < .05$) นอกจากปัจจัยที่ได้กล่าวมาในข้างต้นแล้ว พบว่าอายุของผู้จะเป็นบิดาอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

อายุของผู้จะเป็นบิดา อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลมากขึ้นหรือลดลง จากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและสิ่งที่กระตุ้นความเครียดของผู้จะเป็นบิดาชาวอเมริกัน พบว่า อายุของผู้จะเป็นบิดามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Glazer, 1989) อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดา (Charuloedphong, 2016) ถึงแม้ว่า อายุจะเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถปรับแก้ไขได้ แต่สามารถใช้ประกอบการประเมินข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้การดูแลผู้จะเป็นบิดาเป็นรายบุคคลได้

การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มบิดาชาวต่างประเทศ มีเพียง 3 การศึกษาในบิดาชาวไทย ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 2 การศึกษา และมีอีกการศึกษาเป็นแบบการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะคลอด ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า การศึกษาที่ผ่านมาได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกและผู้จะเป็นบิดาที่เคยมีบุตร และทำการศึกษาในช่วงภรรยาตั้งครรภ์จนกระทั่งช่วงหลังคลอด ซึ่งไม่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกได้ชัดเจน และจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถสรุปได้ว่าอายุของผู้จะเป็นบิดามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลหรือไม่ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้จะ

เป็นบิดา และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก และจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความวิตกกังวลและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และอายุ กับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกเป็นอย่างไร

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และอายุ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของ Spielberger (1976) ความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ และมีการคาดการณ์ว่าสถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อตนเอง ภรรยา และทารกในครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาในการศึกษาครั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามแนวคิดของRosenberg (1989) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) และอายุของผู้จะเป็นบิดา โดยคาดว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากจะมีความวิตกกังวลน้อย ผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีความวิตกกังวลน้อย และผู้จะเป็นบิดาที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลน้อย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ประชากรในการศึกษา คือ ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่พาภรรยามาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ร่วมกับภรรยาในระยะตั้งครรภ์ 3) ไม่เคยมีบุตรกับหญิงอื่นมาก่อน 4) ภรรยาและทารกในครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 5) อายุครรภ์ของภรรยาอยู่ในช่วง 28-40 สัปดาห์ 6) สามารถสื่อสารโดยการ ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน เมษายน 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามความวิตกกังวล (STAI form Y-1) ของสปิลเบอร์เกอร์ ฉบับภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (Thapinta, 1991) มาตรวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยสายตาของ นวนันท์ ปิยะวัฒกูล และคณะ (Piyavhatkul et al., 2011) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา ที่สร้างขึ้นโดย ภูริชญา จันทร์ประเสริฐ (Janprasert, 2005) จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House, 1981)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ฉบับภาษาไทยโดย Nontasak, Iamsupasit

&Thapinta (1991) มาตรวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยสายตา ที่สร้างขึ้นโดย Piyavhatkul et al. (2011) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา ที่สร้างขึ้นโดย Janprasert (2005) ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขเนื้อหา จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้กับผู้จะเป็นบิดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งแบบสอบถามความวิตกกังวลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้วิจัยจึงเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับในการวิจัยครั้งนี้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับซึ่งนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะทางการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกร่วมวิจัยต่อไป ไม่ว่ากรณีใดๆ สามารถขอออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรับบริการจากโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความวิตกกังวล คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และนำตัวแปรที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์มาทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov) พบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 20-39 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.35 ปี (S.D. = 4.70) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุ 26-30 ปี ร้อยละ 43.50 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับอาชีวศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37.60 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 49.40 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 34.10 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 81.20 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 50.60 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คน ร้อยละ 49.40 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 74.10 และอายุครรภ์ของภรรยาของกลุ่มตัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 28-37 สัปดาห์ ร้อยละ 77.60

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 23-60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 40.02 (S.D. = 8.11) ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 54.10 และมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.90

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ระหว่าง 32-100 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 80.05 (S.D. = 15.59)

4. กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ระหว่าง 32-100 คะแนน ค่าเฉลี่ย

77.29 คะแนน (S.D. = 11.85)

5. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.44, p < .01) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.50, p < .01) ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และอายุกับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดา	1.00	-.44**	-.50**	-.12
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		1.00	.46**	.33**
3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา			1.00	.23*
4. อายุของผู้จะเป็นบิดา				1.00

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

การอภิปรายผล

1. ความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 23-60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 40.02 (S.D.=8.11) กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 54.10 และ 45.90 ตามลำดับ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการรับรู้หรือเพียงการคาดเดาสถานการณ์ และพิจารณาว่าสิ่งเร้านั้นมีอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิต (Spielberger, 1976) จากสถานการณ์ที่ภรรยาตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้จะเป็นบิดาคาดการณ์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่า การตั้งครรภ์ของภรรยาอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายขึ้นกับภรรยาและทารกในครรภ์ได้ จึงทำให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดปฏิกิริยาการแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล (Glazer, 1989) ดังรายงานการศึกษาของ คอนดอน และคณะ (Condon et al., 2004) พบว่า ผู้จะเป็นบิดาทุกรายเกิดความวิตกกังวลขึ้นขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก อายุครรภ์ของภรรยาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 28-37 สัปดาห์ ร้อยละ 77.60 ซึ่งยังไกลจากวันกำหนดคลอด จึงมีความวิตกกังวลเพียงระดับเล็กน้อย คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa (2009) ที่พบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดามีลักษณะเป็นรูปตัวยู (U-pattern) โดยผู้จะเป็นบิดาจะรู้สึกวิตกกังวลน้อยที่สุดในช่วงกลางของการตั้งครรภ์ของภรรยา และรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุดในระยะต้นของการตั้งครรภ์และระยะใกล้วันกำหนดคลอดของภรรยา และการศึกษาของ Sansiriphun et al. (2010) ที่พบว่าผู้จะเป็นบิดามีความรู้สึกวิตกกังวลมากขึ้นเมื่ออายุครรภ์ของภรรยาเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาจะยิ่งทวีเพิ่มมากขึ้นเมื่อใกล้ถึงวันกำหนดคลอดของภรรยา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ปริญญาตรี และปริญญาโท ร้อยละ 69.40 ระดับการศึกษาถือเป็นทรัพยากรภายในบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลนั้นๆ ซึ่งช่วยให้รู้วิธีจัดการกับสภาวะอารมณ์และช่วยป้องกันบุคคลจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิต เพื่อให้ตนเองมีความ

เป็นอยู่ที่ดี (Bjelland et al., 2008) กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง ทำให้มีความรู้ และทักษะในการจัดกระทำสิ่งต่างๆ รวมทั้ง การจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ภรรยาตั้งครรภ์ จึงสามารถจัดการสถานการณ์และสภาวะอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีความวิตกกังวลอยู่เพียงในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ดังการศึกษาของ Glazer (1989) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 34.19 และมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 81.20 การที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอต่อความต้องการทำให้สามารถเลือกสรรทรัพยากรหรือสิ่งของที่เกิดประโยชน์ต่อภรรยาขณะตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จึงไม่กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ (Sansiriphun et al., 2010) ดังการศึกษาของ Glazer (1989) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 74.10 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต้องการ ความพร้อมและรอคอยที่จะมีบุตร เมื่อภรรยาตั้งครรภ์จึงรู้สึกตื่นเต้น ดีใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย ดังการศึกษาของ Sansiriphun et al. (2010) ที่พบว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ของภรรยาจะมีความรู้สึกทางด้านบวกเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และรู้สึกยินดีเมื่อทราบว่าภรรยาตั้งครรภ์ ตรงข้ามกับผู้จะเป็นบิดาที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะรู้สึกวิตกกังวล

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44$, $p < .01$) (ตารางที่ 1) หมายความว่าผู้จะเป็นบิดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากจะมีความวิตกกังวลน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในทุกย่างก้าวของชีวิต คนที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก จะมีความเชื่อมั่นในความคิดของตนเอง มั่นใจในการกระทำ จึงสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และมีความวิตกกังวลน้อย (Turakitwannakan & Watanapanyasakul, 2015) จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.05 (S.D. = 15.59) ดังนั้น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์และการที่ต้องดูแลภรรยาและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพดี และปกป้องให้ปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตราย กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ซึ่งมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างมาก จึงมีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือและปกป้องทั้งภรรยาและทารกในครรภ์ จึงมีความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Koh et al. (2015) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33$, $p < .001$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.50$, $p < .01$) (ตารางที่ 1) หมายความว่าผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความวิตกกังวลน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีการติดต่อสื่อสารกัน ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ซึ่งส่งผลโดยตรง ช่วยให้บุคคลมีภาวะสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี และช่วยลดหรือขจัดความรุนแรงของสถานการณ์ที่ตึงเครียดที่บุคคลต้องเผชิญให้หมดไปหรือบรรเทาลง (House, 1981) จากผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ค่อนข้างมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.29 (S.D. = 11.85) จึงสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะภรรยาตั้งครรภ์ได้ ทำให้มีความวิตกกังวลน้อย คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Charuloedphong, (2016) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาขณะภรรยาอยู่ในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.274$, $p < .05$) นอกจากนั้นการศึกษาของ Koh et al. (2015) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการเกิดความวิตกกังวลในระยะหลังของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 50.60 ซึ่งครอบครัวขยายเป็นลักษณะครอบครัวที่มีความผูกพันเหนียวแน่น มีการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ทำให้บุคคลที่อยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (Yoelao, Vanindananda, Wongarsa, & Thongpukdee, 2002) ซึ่งสามารถป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยเชื่อมั่นว่ามีแหล่งสนับสนุนเพียงพอที่คอยช่วยเหลือเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Roohafza et al., 2014)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดา (ตารางที่ 1) แสดงว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีผลต่อความวิตกกังวล ซึ่งผู้จะเป็นบิดาในทุกช่วงอายุ ไม่ว่าจะอายุมากหรือน้อย จะไม่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาขณะอยู่ในสถานการณ์ที่ภรรยาตั้งครรภ์ (Condon et al., 2004) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Charuloedphong (2016) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้เป็นบิดาขณะภรรยาอยู่ในระยะคลอด อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของ Glazer (1989) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำผลการวิจัยซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการประเมินความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล และส่งต่อผู้จะเป็นบิดาครั้งแรกที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาให้ครอบคลุมทุกระยะของวงจรการมีบุตร

2. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดา เช่น สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว การใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีบุตร เป็นต้น

3. ควรทำการศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก

เอกสารอ้างอิง

Asenhed, L., Kilstam, J., Alehagen, S., & Baggens, C. (2013). Becoming a father is an emotional roller coaster-an analysis of first time fathers' blogs. *Journal of Clinical Nursing, 23*(9-10), 1309-1317. doi: 10.1111/jocn.12355

Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletum, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? the HUNT study. *Social Science and Medicine, 66*(6), 1334-45. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.019

Buist, A., Morse, C. A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing, 32*(2), 172-180.

Charuloedphong, R. (2016). *Factors Related to Anxiety of First-time Fathers During Labour* (Master's thesis), Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.

Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, C. J. (2004). The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(1-2), 56-64.

Dehle, C., & Weiss, R. L. (2002). Associations between anxiety and marital adjustment. *The Journal of Psychology, 136*(3), 328-338.

Diamond, M. J. (1986). Becoming a father: A psychoanalytic perspective on the forgotten parent. *Psychoanalytic Review, 73*(4), 445-468.

Finnbogadóttir, H., Svalenius, E. C., & Persson, E. K. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery, 19*(2), 96-105. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138(03)00003-2

Gerzi, S., & Berman, E. (1981). Emotional reactions of expectant fathers to their wives' first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology, 54*(3), 259-265.

Glazer, G. (1989). Anxiety and stressors of expectant fathers. *Western Journal of Nursing Research, 11*(1), 47-59.

Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology, 27*(1), 43-51. doi:10.1037/0278-6133.27.1.43

Hjelmstedt, A., & Collins, A. (2008). Psychological functioning and predictors of father-infant relationship in IVF fathers and controls. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*(1), 72-78.

House, J.S. (1981). *Work stress and social support.* Reading, Mass: Addison-Wesley.

Janprasert, P. (2005). *Factors influencing on paternal developmental taks perceived by husbands of the primigravidarum pregnant women in Suphanburi province* (Master's thesis), Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Kaewya, P., Sansiriphun, N., & Baosoung, C. (2014). Fear of childbirth among first time expectant fathers and related factors. *Nursing Journal, 41*(3), 13-23.

Koh, Y., Lee, A., Chan, C., Fong, D., Lee, C., Leung, K., & Tang, C. (2015). Survey on examining prevalence of paternal anxiety and its risk factors in perinatal period in Hong Kong: A longitudinal study. *BMC Public Health, 15*(1), 1-15.

Kohrt, B. A., & Worthman, C. M. (2009). Gender and anxiety in Nepal: The role of social support, stressful life events, and structural violence. *CNS Neuroscience and Therapeutics, 15*(3), 237-248.

Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology, 95*(4), 487-490.

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K. C., & Alden, K. R. (2016). *Maternity & Women's Health Care* (11th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

Piyavhatkul, N., Aroonpongpaisal, S., Patjanasoontorn, N., Rongbutsri, S., Maneeganondh, S., & Pimpanit, W. (2011). Validity and reliability of the Rosenberg self-esteem scale-Thai version as compared to the self-esteem visual analog scale. *Journal of the Medical Association of Thailand Chotmaihet Thangphaet, 94*(7), 857-62.

Polit, D. F. (2010). *Statistic and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.

Ratchukul, S. & Sopajaree, C. (2001). *Anxiety of first-time expectant parents in high-risk pregnancy* (Research report). Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Roohafza, H. R., Afshar, H., Keshteli, A. H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M., & Adibi, P. (2014). What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety? *Journal of Research in Medical Sciences, 19*(10), 944–949.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* (Rev. ed.). Princeton: Princeton University Press.

Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health, 17*(3), 221-228. doi:10.1007/s00737-013-0409-0

Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A., Baosuang, C., & Jordan, P. (2010). Thai men becoming a first-time father. *Nursing & Health Sciences, 12*(4), 403-409. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00549.x

Spielberger, C. D. (Ed). (1966). *Theory and research on anxiety.* New York and London: Academic press.

Spielberger, C.D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C.D. Spielberger, & R. Diaz-Guerrero (Eds), *Cross-cultural anxiety* (pp. 3-12). Washington: Hemisphere.

Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders, 119*(1), 142-148.

Thapinta, D. (1991). *Reduction of anxiety of staff nursing working with AIDS patients through cognitive reconstructuring and mindfulness training* (Doctoral Dissertation), Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

Turakitwannakan, W. & Watanapanyasakul, R. (2015). *Self-esteem.* Bangkok: Khianaksorn Printing.

Wong, J. Y., & Fong, D. Y. (2015). Anxiety mediates the impact of stress on psychosomatic symptoms in Chinese. *Psychology, Health and Medicine, 20*(4), 457-468.

Yoelao, D., Vanindananda, N., Wongarsa, C., & Thongpukdee, T. (2002). Strength of the family: A healthy family. *Journal of Behavioral Science, 8*(1), 1-10.

ผลของการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

The Effect of Readiness Pattern of Care for Patients Undergoing General Anesthesia On State Anxiety in Srisangwornsukhothai Hospital Sukhothai Province

วรางคณา พุทธรักษ์ * Warangkana Puttaruk *

บทคัดย่อ

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์มากระตุ้น ส่งผลให้กระบวนความคิด และการรับรู้ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะประเมินว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตและเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมโดยการให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป กับการเตรียมความพร้อมแบบเดิม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 32 คน โดย 1) กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปตามมาตรฐานวิสัญญีตามปกติ 2) กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1) ก่อนและหลังการให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเท่ากับ 43.12 ± 5.29 และ 37.03 ± 4.91 คะแนนตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปตามมาตรฐานวิสัญญีตามปกติเท่ากับ 44.93 ± 4.46 และ 48.15 ± 2.81 คะแนนตามลำดับ ก่อนการทดลองผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.810 หลังจากได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.002

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี) โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย*

* *Corresponding Author, Professional Nurse, (Nursing Anesthesia) Srisangwornsukhothai Hospital Sukhothai Province, warang.one@gmail.com*

วันที่รับบทความ 14 มกราคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 25 กุมภาพันธ์ 2564 วันตอบรับบทความ 3 มีนาคม 2564

และ p< 0.001 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังการได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งสองแบบ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผน มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.048 สรุปผลการวิจัย การเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ช่วยลดความวิตกกังวลขณะเผชิญได้มากกว่าการเตรียมความพร้อมแบบเดิม

คำสำคัญ: *การเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผน, ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, ความวิตกกังวลขณะเผชิญ*

Abstract

State-anxiety is an emotional state that occurs at the time of stimulating events, that affect the thought process and the perception of the person changes. Especially surgery, in which most patients assessed as a life crisis and anxiety-inducing situation. Nurses Anesthetists' role is patient preparation by providing information and knowledge related to surgery and anesthesia in reducing anxiety in helping patients decide to face different situations. This research is a quasi-experimental study. The aim was to compare the state anxiety levels in patients undergoing general anesthesia before and after receiving the readiness pattern with traditional education. The sample consisted of 64 patients who received surgery undergoing a general anesthesia was divided into a control group and a experimental group of 32 participants. 1) The control group was prepared before undergoing general anesthesia according normal anesthesia standards. 2) The experimental group was prepared using the readiness pattern of care for patients undergoing general anesthesia that the researcher created. Both groups were assessed for anxiety using the State-Trait Anxiety Inventory [STAI] form Y-1) before and after providing information on preoperative preparation.

The results showed that the experimental group had mean scores for state anxiety before and after receiving the readiness pattern of care for patients undergoing general anesthesia of 43.12 ± 5.29 and 37.03 ± 4.91 respectively. The control group had mean scores for state anxiety before and after receiving normal anesthesia standards of 44.93 ± 4.46 and 48.15 ± 2.81 respectively. Prior to the implementation, the patients in both the control and experimental groups had no significant difference in scores of state anxiety scores, p = 0.810. After receiving the information, the patients in both groups had significantly lower state anxiety scores, p = 0.002 and p <0.001, respectively. When comparing state anxiety after implementation of both groups, it was found that a group of patients who received the readiness pattern for patients under general anesthesia, there was significantly less state anxiety than the non-receiving group, p = 0.048. Conclusion, the readiness pattern of care for patients undergoing general anesthesia it reduces state anxiety more than conventional preparation.

Keywords: *Readiness Pattern, Patients Undergoing General Anesthesia, State Anxiety*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์มากระตุ้น ส่งผลให้กระบวนความคิด และการรับรู้ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป (Spielberger, 1966) หากมีมากเกินไปจะทำให้ไม่สามารถ รับมือกับความจริงหรือแก้ปัญหาต่างๆ ได้ (Satayathum, 2011) การผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามทั้งต่อร่างกายและจิตใจผู้ป่วย ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดมักจะมีความวิตกกังวล ในระหว่างรอผ่าตัดถึงร้อยละ 11-80 (Techawiboonphol, Khwamkhnung, Thanakit, & Eupairojkit, 2011; Gulrach, Kunsongkeit, & Duangpaeng, 2017) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาวะและความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการผ่าตัดหรือการได้รับยาระงับความรู้สึก จากการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาล พบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล ขณะได้รับการรักษา ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการรอในห้องผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง (Nigussie, Belachew & Wolancho, 2014) และความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้นเมื่อถึงวันผ่าตัด (Pituksung, Tanterothum, Supharerx, & Waranukulsak, 2011) เนื่องจาก สิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่แปลกไป และต้องแยกจากบุคคลใกล้ชิด (Liddle, 2012) ตลอดจนรู้สึกว่ากำลังเผชิญกับอันตรายเฉพาะหน้าที่ใกล้จะมาถึง ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างมาก (Gilmartin, & Wright, 2008)

ผลของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ส่งผลขัดขวางความสามารถในการรับรู้ ข้อมูลของบุคคลทำให้กระบวนการการเรียนรู้ และการจดจำของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัดและคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวได้ (Jimarsa & Changjeraja, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูง จะเป็นสาเหตุให้มีความผิดปกติของ ระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ผู้ป่วยต้องการยาแก้ปวดบ่อยและปริมาณมากขึ้น (Well, Howard, Nowlin & Vargas, 1986) รวมถึงความต้องการยาสลบเพิ่มมากขึ้น (Thuchart, Asdornwised, Pinyopasakul, & Trakarnsanga, 2019) ในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก ผลกระทบจากความวิตกกังวลดังกล่าว เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จะส่งผลให้เป็นสาเหตุที่ต้องเลื่อนการผ่าตัดหรืองดการผ่าตัดไป ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการผ่าตัด ความรุนแรงหรือภาวะเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ให้บริการการผ่าตัดโรคที่มีความซับซ้อนครอบคลุมการดูแลประชาชนทั้ง 5 อำเภอของจังหวัดสุโขทัย รวมประชากรในเขตรับผิดชอบ 325,518 คน คิดเป็น 54% ของประชากรทั้งจังหวัด ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยมารับบริการการให้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 4,528 รายต่อปี แบ่งเป็นการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป 2,220 ราย การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนจำนวน 1,056 ราย (Srisangworn-sukhothai Hospital, 2019) โดยมีอัตรากำลังของงานวิสัญญี จำนวนวิสัญญีแพทย์จำนวน 3 คน วิสัญญีพยาบาลจำนวน 10 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 6 คน และพบว่าอัตราการเลื่อนหรืองดการผ่าตัดในผู้ป่วยเนื่องสภาพร่างกายไม่พร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึก คิดเป็นร้อยละ10.5 (Srisangwornsukhothai Hospital, 2019) จากผลการศึกษาในผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ของ Sathusen (2011) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ในเรื่องการเตรียมตัวก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก มีความวิตกกังวลในเรื่องของความเจ็บปวดขณะผ่าตัดและกลัวไม่ตื่นหลังจากดมยาสลบ (Sathusen, 2011) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Auttayasai-ngam & Yeekian (2015) จากการวิเคราะห์รายละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุของการวิตกกังวลเกี่ยวกับยาระงับความ

รู้สึกเพื่อผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยกลัวฟื้นขณะผ่าตัด กลัวไม่ฟื้นหลังเสร็จผ่าตัด กังวลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนวางยาระงับความรู้สึก ว่าต้องทำอย่างไรบ้าง กลัวความรู้สึกหลังฟื้นจากการวางยาระงับความรู้สึก กลัวจะไม่เหมือนเดิม กลัวและกังวลทุกอย่างเพราะไม่เคยกลัวเจ็บ กลัวห้องผ่าตัด และกังวลถึงผลกระทบกับโรคประจำตัวจากการวางยาระงับความรู้สึก เป็นต้น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนขององค์กร (SWOT Analysis) โดยทั่วไปงานเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกของงานวิสัญญีในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ส่วนมากจะมุ่งเน้นไปทางด้านการตรวจร่างกาย การวินิจฉัยพยาธิสภาพของโรค ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกาย ด้านจิตใจยังพบว่าไม่ครอบคลุม อีกทั้งการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกไม่เป็นไปในทางเดียวกันขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลและใช้เวลาในการ แนะนำในแต่ละรายค่อนข้างนาน จนบางครั้งทำให้บุคลากรเกิดความอ่อนล้าและเกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นจุดอ่อนของการบริการวิสัญญี ส่วนจุดแข็งของงานวิสัญญี คือ บุคลากรมีศักยภาพ มีความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงการ โอกาสในการพัฒนา คือการพัฒนางานประจำสู่การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านการเยี่ยมเพื่อเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล (Nursing Division, Ministry of public Health, 2011) การพัฒนางานดังกล่าวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการด้านวิสัญญีได้

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาล และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นการสร้างความเข้าใจในกระบวนการรักษา พยาบาลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทำให้เกิดความร่วมมือการดูแลรักษา ช่วยลดความวิตกกังวลกับผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมที่มีรูปแบบและแบบแผนที่ชัดเจนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ของการให้บริการแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยหลังได้รับการได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป กับการให้ความรู้แบบเดิม

สมมติฐานการวิจัย

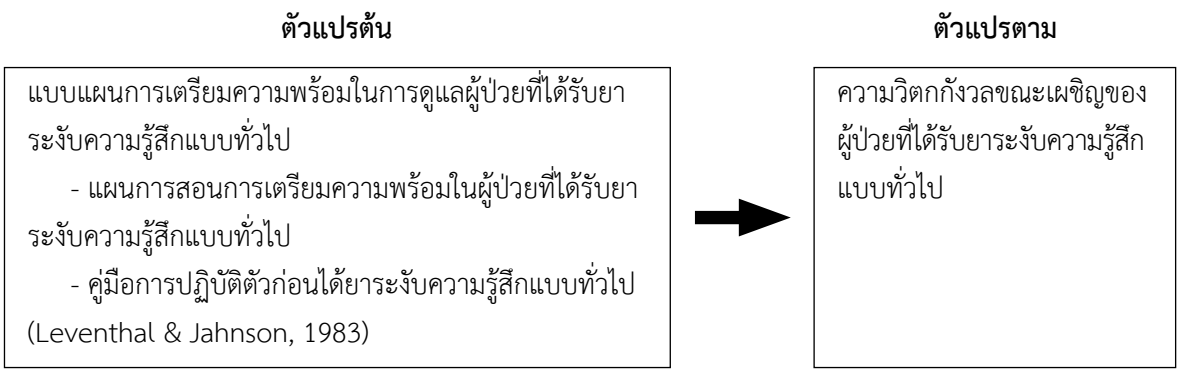
1. หลังการใช้การเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่าก่อนใช้

2. การเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่าการให้ความรู้แบบเดิม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของของ Spielberger (1966) มาใช้เพื่ออธิบายผลของการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการหนึ่งเกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย มีการแสดงออกชัดเจน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดไปจากเดิม

สถานการณ์ในการศึกษานี้คือ การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สถานการณ์นี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวของผู้ป่วย ตามทฤษฎีปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) ผู้ป่วยจะตอบสนองด้วยการแสวงหาข้อมูล เพื่อความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เผชิญ โดยการแปลความหมายของสถานการณ์และพิจารณาแนวทางในการตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้แนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาอธิบายกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้ การให้ข้อมูลด้านต่างๆ อย่างครบถ้วนครอบคลุม ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จะส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้อย่างเป็นระบบทำให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สภาวะทางกาย จิต และอารมณ์ พร้อมที่จะเผชิญต่อสถานการณ์การที่จะได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งก็คือการลดความวิตกกังวลขณะเผชิญตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest Posttest Control Group) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ แบบทั่วไปทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการด้านยาระงับความรู้สึก ในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ถึง 65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการได้ยิน 3) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมการผ่าตัดโดยการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป อย่างน้อย 1 วันก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดด้านด้านสูติกรรมและนรีเวช ระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรม 4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามเกณฑ์การประเมินระดับความเสี่ยงจากสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society Anesthesia: ASA) โดยมี ASA status ระดับ 1 ถึงระดับ 2 5) มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 (Srisatidnarakul, 2010) ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากผลการศึกษาเรื่องผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ของ Hongvilai (2014) ค่าอธิพลคือ 0.74 ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 ได้ขนาด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 รายต่อกลุ่ม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก

ร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2014) เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน ร่วมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 64 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) แผนการสอนการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ประกอบด้วย กิจกรรมการสอน สื่อการสอน ระยะเวลาและวิธีการประเมินผลการสอน 2) เอกสารคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะ ขั้นตอนและวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ประวัติผู้ป่วยที่สำคัญที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังการรับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นขณะและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ชนิดของการผ่าตัด วิธีการได้รับยาระงับความรู้สึก 2) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ของ Spielberger, Corsuch, & Lusheue (1970) ฉบับแปลเป็นไทยโดย Kochapakdee, Worakitpokat, & Nisaisuk (1988) เป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น ข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวกจำนวน 10 และข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบจำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของแผนการสอนการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ได้ผ่านการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญี 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านวิสัญญี 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) ฉบับไทย (Kochapakdee et al., 1988) จะนำมาทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยจำนวน 15 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาล (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.83

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเลขที่ IRB 81/2563 วันที่ 12 พฤศจิกายน 2563 จากนั้นดำเนินการขอความยินยอมสมัครใจการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรโดยไม่มีการบังคับ แล้วจึงดำเนินการขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยวิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยจะทำการผ่าตัดโดยการใช้ยาระงับความรู้สึก ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงยินยอมให้ความร่วมมือ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ช่วยวิจัยจะบันทึกข้อมูลทั่วไปและแจกแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นรายบุคคลโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญด้วยตนเองภายในระยะเวลา 1 วันก่อนการได้รับยาระงับความรู้สึกหรือก่อนการได้รับยา Pre-medication

กลุ่มควบคุม จะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานวิสัญญี การตรวจเยี่ยม ประเมินผู้ป่วย และให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมตามปกติ โดยวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

กลุ่มทดลอง จะได้รับการตรวจเยี่ยม และประเมินผู้ป่วยจากผู้วิจัยซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สักแบบทั่วไปตามแผนการสอนเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะ ขั้นตอนและวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ประวัติผู้ป่วยที่สำคัญที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังการรับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นขณะและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก พร้อมเอกสารคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนได้ยาระงับความรู้สึก

ภายหลังการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกภายในช่วงระยะเวลา 1 วันแรก ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการตรวจเยี่ยมหลังได้รับยาระงับความรู้สึกตามปกติที่หอผู้ป่วย หลังการตรวจเยี่ยมและประเมินอาการผู้ป่วย ผู้ช่วยวิจัยจะขอความร่วมมือในการทำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบวัด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติจากการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการเตรียมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยใช้ สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยก่อนละหลังได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปกับการให้ความรู้แบบเดิมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจำนวน 64 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 32 ราย ที่ได้รับการเตรียมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วและกลุ่มควบคุม 32 ราย ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกตามปกติ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละของกลุ่มทดลองและความควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ชนิดของการผ่าตัด วิธีการได้รับยาระงับความรู้สึก

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	32	100	32	100
ชาย	6	18.75	4	12.5
หญิง	26	81.25	28	87.5

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
อายุเฉลี่ย	48.33 (S.D.=10.37)		48.06 (S.D.=9.24)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	4	12.1	-	-
ประถมศึกษา	5	15.2	-	-
มัธยมศึกษา	3	9.1	11	34.4
ประกาศนียบัตร	-	-	-	-
ปริญญาตรี	20	97.0	21	65.5
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-
อาชีพ				
รับจ้าง	2	6.1	9	28.1
ค้าขาย	23	69.7	16	50
เกษตรกร	-	-	2	6.3
รับราชากร/รัฐวิสาหกิจ	1	3.0	4	12.5
นักศึกษา	-	-	1	3.1
งานบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	6	18.9	-	-
ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด				
เคย	5	15.6	3	9.4
ไม่เคย	27	84.4	29	90.4
ประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วไป (ดมยาสลบ)				
เคย	5	15.6	4	12.5
ไม่เคย	27	84.4	28	87.5
ชนิดของการผ่าตัด				
สูติ-นรีเวชกรรม	17	53.1	14	43.8
ศัลกรรมทั่วไป	6	18.8	4	12.5
ศัลยกรรมทางกล้อง	9	28.1	14	43.8
ASA status				
I	13	40.6	4	12.5
II	19	59.4	28	87.5

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.25 และร้อยละ 87.5 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 48.33 ปี (S.D.=10.37) กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 48.06 ปี (S.D.=9.24) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 97 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 65.5 และส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 69.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 84.4 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 90.4 และไม่มีประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึก กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 84.4 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 87.5 และชนิดของการผ่าตัดในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นการผ่าตัดด้านสูติ-นรีเวชกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นการผ่าตัดด้านสูติ-นรีเวชกรรมและศัลยกรรมทางกล้องเท่ากันคือ ร้อยละ 43.8 และส่วนใหญ่มีการประเมินระดับความเสี่ยงจากสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society Anesthesia: ASA status) ระดับ 2 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 59.4 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 87.5

การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	p-value
กลุ่มควบคุม (n=32)	44.93 ± 4.46	48.15 ± 2.81	p = 0.002*
กลุ่มทดลอง (n=32)	43.12 ± 5.29	37.03 ± 4.91	p < 0.001*
	p = 0.810	p = 0.048*	

* p < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการให้ข้อมูลตามแบบการให้ความรู้แบบเดิมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 44.93 ± 4.46 และ 48.15 ± 2.81 คะแนนตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีคะแนนก่อนและหลังการให้ข้อมูลเท่ากับ 43.12 ± 5.29 และ 37.03 ± 4.91 คะแนนตามลำดับ

ก่อนการทดลองผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกัน p = 0.810 แต่หลังจากได้รับข้อมูลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.002 และ p< 0.001 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการได้ รับข้อมูลทั้งสองแบบ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล อย่างมีแบบแผนจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.048

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. หลังการใช้การเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่าก่อนใช้

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีระดับความ

วิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.048) โดยก่อนการทดลองผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 43.12 (S.D.=4.84) อยู่ในความวิตกกังวลระดับปานกลาง และหลังจากทดลองค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 37.03 (S.D.=6.82) อยู่ในความวิตกกังวลระดับต่ำ แสดงว่าการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยใช้กรอบแนวคิดของ Leventhal & Johnson (1983) สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ การให้ความรู้และข้อมูลตามความต้องการในด้านต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมสำหรับการได้ยาระงับความรู้สึกอย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้กระบวนการปรับตนเอง เพื่อตัดสินใจในการเผชิญสถานการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสมนำไปสู่สภาวะทางกาย ทางจิตและทางอารมณ์ที่พร้อมจะเผชิญกับเหตุการณ์ หรือภาวะคุกคามต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้ลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ ซึ่งก็คือไปลดความวิตกกังวลนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hongvilai (2014) ซึ่งศึกษาผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับแบบแผนการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nittayasupaporn, Kaewnimitchai, & Namjuntra (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลาง และความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่าการให้ความรู้แบบเดิม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ($\bar{X}$=37.03, S.D.=6.82) มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=48.15,S.D.=5.17) แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.048 (p<0.05) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สามารถลดค่าความวิตกกังวลลงได้ เนื่องจากการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคลในรูปแบบที่มีเนื้อหาแน่นอนและครอบคลุมไม่ตกหล่น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และสามารถตัดสินใจเลือกวิการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Arumyavas, Tribuddhatat, Sathitkarnmanee, & Palachewa (2012) ที่ศึกษาการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว พบว่า การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดทั้งวิธีการปกติและการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 วิธีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าวิธีปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nittayasupaporn, Keawnimitchai & Namjuntra (2014) ที่ศึกษาความ สัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตก กังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลาง และความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สนับสนุน แนวคิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของของ Spielberger (1966) และทฤษฎีปรับตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีเผชิญสถานการณ์การผ่าตัด จะทำให้เกิดความวิตกกังวล (Spielberger, 1966) สิ่งนี้เป็นตัวกระตุ้น ให้เกิดการปรับตัวตามทฤษฎีปรับตนเองของ Leventhal & Johnson (1983) ผู้ป่วยจะตอบสนองด้วยการแสวงหาข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เผชิญ โดยการแปลความหมายของ

สถานการณ์และพิจารณาแนวทางในการตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดจึงเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย นำไปสู่การเผชิญสถานการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ในร่างกายและลดความวิตกกังวลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล วิสัญญีพยาบาลสามารถนำการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ไปใช้เป็นแนวการตรวจเยี่ยมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้

2. ด้านวิจัย ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลได้

3. ด้านการบริหารการพยาบาล หน่วยงานสามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยที่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญแยกตามชนิดของการผ่าตัด หรือตาม ASA status เนื่องจากมีความแตกต่างกันของการผ่าตัดและมีปัจจัยเสี่ยงอาจมีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

Arumyavas, D., Tribuddhatat, S., Sathitkarnmanee, T., & Palachewa, K. (2012). The Effect of Systematic Anesthetic Informed Consent on Anxiety Level in Patients Undergoing General Anesthesia. *Thai Journal od Anesthesiology, 38*(2), 102-108. (In Thai)

Auttayasai-ngam, P., & Yeekian, C. (2015). Knowledge, anxiety and options of pre-operation patient watched anesthetic TV chanel. *Thai Journal of Anesthesiology, 41*(2), 92-102. (In Thai)

Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing, 17*(18), 2418-1425. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x

Gulrach, V., Kunsongkeit, W., & Duangpaeng, S. (2017). Factors Related to Preoperative Anxiety among Patients with Eye Surgery. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 9*(1), 1-12. (in Thai)

Hongvilai, K. (2014). *The Outcomes of Readiness Pattern for Patients Undergone Anesthesia.* (Unpublished Master Dissertation). Nakornpathom: Christian University. (In Thai)

Jimarsa, L. & Changjeraja, W. (2020). The Effect of Preoperative Preparatory Program on Anxiety and Complications in Patients Underwent Cataract Surgery in Ophthalmology Clinic at Bueng Kan Hospital. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 4*(7), 75-87. (In Thai)

Kochapakdee, N., Worakitpokat, S., & Nisaisuk, M. (1988). *Anxiety Assessment. Bangkok.* (In Thai)

Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). *Laboratory and field experiment of a theory of self-regulations.* In P.J. Wooldridge, M.H. Schmitt, J.K. Skipper, & R.C. Leonard (Eds.), Behavioral science and nursing theory (pp.189- 262). St. Louis: Mosby.

Liddle, C. (2012). Preparing patients to undergo surgery. *Nursing Times, 108*(48), 12-3.

Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BioMed Central Surgery, 14*(67), 2-10.

Nittayasupaporn, S., Kaewnimitchai, N., & Namjuntra, R. (2014). *Thai Journal of Cadio-Thoracic Nursing, 25*(1), 3-15. (In Thai)

Nursing Division, Ministry of public Health. (2011). *Quality of Nursing: Quality Assessment* (2nd ed.). Bangkok: Sam Charoen Phanich Company Limited. (In Thai)

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Pituksung, A., Tanterothum, J., Supharerx, S., & Waranukulsak, O. (2011). The study of anxiety, stress and information required of the preoperative outpatients. *Siriraj Nursing Journal, 4*(1), 39-42. (in Thai).

Satayathum, C. (2011). *Psychiatric and mental health nursing* (11th ed). Nonthaburi: Boromarajchanok Welfare Institution Program. (in Thai)

Sathusen, A. (2011). *Research report on Knowledge, Attitudes and Patient Satisfaction Towards Preparation before Receiving Anesthesia.* Prachinburi: Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital. (In Thai)

Srisangwornsukhothai Hospital. (2019). *Annual Report 2019.* Sukhothai: Srisangwornsukhothai Hospital.

Srisatidnarakul, B. (2010). *The Methodology in nursing research* (5th ed.). Bangkok: U and I Intermedia.

Spielberger, C.D. (Ed.). (1966). *Anxiety and behavior.* Academic Press.

Spielberger, C.D., Corsuch R.L.& Lusheue R.E. (1970). *STAI Manual.* California: Consulting Psychologists Press.

Techawiboonphol, K., Khwamkhnung, J., Thanakit, A., & Eupairojkit, K. (2011). Explained for Anxiety in Women waiting for Caesarean Section, A Randomized Controlled Trial. *Thai Journal of Anesthesiology, 37*(2), 71-79. (In Thai)

Thuchart, S., Asdornwised, U., Pinyopasakul, W., & Trakarnsanga, A. (2019). The Effects of Concrete-Objective Information Program on Pre-Operative Anxiety in Abdominal Surgery Patients. *Nursing Science Journal of Thailand, 37*(2), 78-91. (In Thai)

Well, J., Howard, G., Nowlin, W., & Vargas, M. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effect of a stress inoculation procedure. *Journal Consult Clinical Psychology,* 831-835.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต
Factors Related to Health-related Quality of Life Among Critically ill Survivors

กชพร	พงษ์แต้ *	Kodchaporn	Pongtae *
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช **	Chiraporn	Tachaudomdach **
มยุลี	สำราญญาติ ***	Mayulee	Somrarnyart ***

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้สภาวะชีวิตในมุมมองของตนเองจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤตและจากการรักษา ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (proportional sampling) ของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็น จำนวน 102 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และแบบสอบถามสุขภาพเอสเอฟ 36 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน 8 ด้าน อยู่ในระดับที่แตกต่างกัน ดังนี้ ด้านสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง ($\bar{X}$ = 81.22, S.D. = 15.65) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย มีคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 33.09, S.D. = 38.72) ส่วนด้านอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางสังคม ($\bar{X}$ = 69.98, S.D. = 22.75) ด้านความเจ็บปวด ($\bar{X}$ = 69.24, S.D. = 23.64) ด้านมีพละกำลัง ($\bar{X}$ = 67.94, S.D. = 15.83) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ($\bar{X}$ = 63.82, S.D. = 21.34) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($\bar{X}$ = 63.07, S.D. = 41.67) และด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ($\bar{X}$ = 58.04, S.D. = 29.74)

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านย่อย ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (r = .521) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย (r = .285) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (r = .263) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านมีพละกำลัง (r = .223) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* *ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่*

* *Corresponding Author, Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, kanyarat.nunoon@gmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 21 สิงหาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 4 ธันวาคม 2560 วันตอบรับบทความ 26 กุมภาพันธ์ 2561

จากผลการวิจัยจึงควรวางแผนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยมุ่งเน้นการลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวล และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำสำคัญ: *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต*

Abstract

Health-related Quality of Life (HRQOL) is the perception of the state of liveliness in their perspective on experiences related to the impact of critical illness and the treatment that effects the daily lives of people who have survived a critical illness. This research aims to study the HRQOL and factors related to HRQOL among critically ill survivors. The samples selection with proportional sampling of critically ill survivors at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The samples of this study were 102 critically ill survivors who received services at the outpatient department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital from October 2015 to May 2017. The research instruments included: Barthel Activity Daily Living (ADL), Hospital Anxiety and Depression Scales (HADS) and Short - Form Health Survey 36 (SF-36). Descriptive statistics and spearman's rank correlation coefficients were used to analyze the data.

The results revealed that:

1. The critically ill survivors had the following average scores of HRQOL and average score of 8 dimensions in different levels as follows role limitations due to physical problems dimensions have a high average rating ($\bar{X}$ = 81.22, S.D. = 15.65), the general mental health dimensions have a low average rating ($\bar{X}$ = 33.09, S.D. = 38.72). Others, having a medium grade point average were social functioning dimensions ($\bar{X}$ = 69.98, S.D. = 22.75), bodily pain dimensions ($\bar{X}$ = 69.24, S.D. = 23.64), vitality dimensions ($\bar{X}$ = 67.94, S.D. = 15.83), general health perceptions dimensions ($\bar{X}$ = 63.82, S.D. = 21.34), role limitations due to emotional problems dimensions ($\bar{X}$ = 63.07, S.D. = 41.67) and physical functioning dimensions ($\bar{X}$ = 58.04, S.D. = 29.74)

2. Activity daily living was significantly positive relations to HRQOL in the physical functioning dimensions (r = .521), role limitations due to physical problems dimensions (r = .285), general health perceptions dimensions (r = .263) and vitality dimensions (r = .223) at the .05.

3. Anxiety was significantly negative relations to HRQOL in the general mental health dimensions (r = -.742), vitality dimensions (r = -.550), general health perceptions dimensions (r = -.455), bodily pain dimensions (r = -.453), role limitations due to emotional problems dimensions (r = .427) and social functioning dimensions (r = -.407) at the .01. In addition depression was significantly negative relations to HRQOL in all dimensions (r = -.644 to -.217) at the .01 and .05.

The results of this study can plan to promote the HRQOL of Critically ill survivors. Focus on reducing depression and anxiety and promote rehabilitation to increase the ability to perform

activity daily living.

Keywords: *Health-related Quality of Life (HRQOL), Critically ill survivors*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบันทำให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงจากโรคหรือภาวะต่างๆ มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าในอดีต ทำให้จำนวนผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเพิ่มมากขึ้น (Gordo & Abella, 2014; Silberman, Bitran, Fink, Tauber, & Merin, 2013) ในประเทศออสเตรเลียมีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 90 (Craven & Hicks, 2012) สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบสถิติอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม แต่มีการบันทึกจำนวนผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง 2559 มีผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 91 91 92 93 และ 92 ตามลำดับ (Medical Records and statistics Section, Faculty of Medicine, Chiang Mai University (2016)

การเจ็บป่วยวิกฤตและการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านร่างกายบกพร่องทำให้มีการฟื้นคืนสภาพล่าช้า การที่ผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดอาการฝันร้าย ประสาทหลอนและเกิดความทรงจำในด้านลบต่อผู้ป่วยวิกฤต (Schnabel, Rundshagen, Wegner, & am Esch, 2002) นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการ เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกกลัว และความรู้สึกโดดเดี่ยว (Egerod, Bergbom, Lindahl, Henricson, Granberg-Axell, & Storli, 2015) การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความบกพร่องทางกระบวนการคิดภายหลังออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Myhren, Ekeberg, Toien, Karlsson, & Stokland, 2010)

ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่เคยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะนานมักจะประสบความทุกข์ทรมานจากการอักเสบของกล้ามเนื้อและเส้นประสาทส่งผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอและบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ทำให้อยู่ในสภาวะพึ่งพาภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Dennis, Hebden-Todd, Marsh, Cipriano, & Parsons, 2011) และการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานมากกว่า 48 ชั่วโมง ส่งผลต่อสมรรถภาพของปอดทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (van der Schaaf, Beelen, Dongelmans, Vroom, & Nollet, 2009) นอกจากนี้ยังพบอาการไม่สุขสบายทางกายที่ยังหลงเหลืออยู่ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ ถึง 4 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินชีวิต (Choi et al., 2014) นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่รุนแรงและการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมักจะพบอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล ภาวะเครียดภายหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรงภายหลังจากการเจ็บป่วยวิกฤตและจากการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต (Jackson et al., 2014)

คุณภาพชีวิต เป็นมุมมองของความคิดของแต่ละบุคคลที่จะรับรู้ต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และการให้คุณค่าของบุคคล ขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม

ตามความเชื่อ วัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ (Group, 1994) ภาวะสุขภาพเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับแนวคิดของคำว่าสุขภาพที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกที่ว่า สุขภาพ คือการมีสภาวะที่สมบรูณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค (World Health Organization, 1948 อ้างถึงใน Sakthong, 2011) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้สภาวะชีวิตตนเองของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่เป็นผลกระทบมาจากการเจ็บป่วยวิกฤต และการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ การตอบสนองของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมากจากประสบการณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Wilson & Cleary, 1995) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีองค์ประกอบ 8 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย 3) ด้านความเจ็บปวด 4) ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป 5) ด้านมีพละกำลัง 6) ด้านกิจกรรมทางสังคม 7) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และ 8) ด้านสุขภาพจิตของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต (Ware & Sherbourne, 1992) โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบมาจากการเจ็บป่วยวิกฤต และการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และจิตใจทำให้มีอุปสรรคในการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Chaboyer & Elliott, 2000)

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันตามมุมมองของผู้ที่รอดชีวิตแต่ละบุคคล และมีปัจจัยอื่นๆ (Wilson & Cleary, 1995) ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นการรับรู้ของตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ในภายหลังจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งถ้าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตรับรู้ว่าไม่มีข้อจำกัดด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี (Hofhuis, van Stel, Schrijvers, Rommes, & Spronk, 2011) และมีการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่เกิดจากการความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตลดลง (Myhren et al., 2010; Stevenson et al., 2013) นอกจากนี้การศึกษาพบว่า ความซึมเศร้า ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่มีความสุข ความรู้สึกสิ้นหวังและมองตัวเองไม่มีค่าภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่เกิดจากประสบการณ์ด้านลบจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การนอนหลับถูกรบกวน และความยากลำบากในการสื่อสารบอกความต้องการ (Jackson et al., 2014) ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง (Kwek et al., 2006)

ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤตและผลจากการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตยังคงต้องทุกข์ทรมานจากผลกระทบที่เกิดขึ้น และมีผลต่อการฟื้นคืนสภาพที่ล่าช้า แสดงให้เห็นว่าการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่งเสริมชีวิต

ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และช่วยในการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

3. ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life [HRQOL]) ของ Ware & Sherbourne (1992) ร่วมกับการสังเคราะห์งานวิจัยเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตตามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเนื่องมาจากการเจ็บป่วยวิกฤต และการรักษาที่มีตามการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความคาดหวังและการรับรู้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำแนกออกเป็น 8 ด้านย่อย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สอดคล้องตามแนวคิดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO,1998) ดังนี้ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย 3) ด้านความเจ็บปวด 4) ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป 5) ด้านมีพละกำลัง 6) ด้านกิจกรรมทางสังคม 7) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และ 8) ด้านสุขภาพจิต (Ware & Sherbourne, 1992) โดยการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ความสามารถการทำกิจกรรมประจำวันซึ่งเป็นการรับรู้ของตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่าไม่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี (Haghgoo, Pazuki,Hosseini, & Rassafiani, 2013) ส่วนความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ ไม่มีความสุข และความซึมเศร้า ซึ่งเป็นความรู้สึกสิ้นหวังและมองตัวเองไม่มีค่า มีความพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเมื่อผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเกิดความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ ไม่มีความสุข มองตัวเองไม่มีค่าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (Jutte, Needham, Pfoh, & Bienvenu, 2015)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและออกจากโรงพยาบาลที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า คือ เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เคยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 48 ชั่วโมง เคยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนและไม่เกิน 6 เดือน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยการคำนวนค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยก่อนหน้าที่มีความคล้ายคลึงกัน ได้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .30 ระดับอำนาจในการทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Polit & Lake, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เท่ากับ 17 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 102 ราย นำมากำหนดสัดส่วนตามสถิติจำนวนผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วย ดังนี้ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 34 ราย หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 36 ราย และหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ จำนวน 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ต่อเดือน และข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายที่นอกเหนือจากอาการปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มโรคที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวนระบบที่ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติ จำนวนวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. แบบประเมินเพื่อจัดกลุ่มผู้ที่รอดชีวิต จำนวน 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living [ADL]) ของMahoney (1965) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย Jitaphantakun, Thawi-Kittik, Khamya, & Milintharangkun (1998) โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 10 ข้อ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในแต่ละคำถามมีข้อที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน จำนวน 2 ข้อ บางคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-2 จำนวน 6 ข้อ และคำถามที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 จำนวน 2 ข้อ คะแนนทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มภาระพึ่งพาโดยสมบรูณ์ 5-8 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มภาระพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มภาระพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มไม่เป็นภาระพึ่งพา

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scales [HADS]) ของ Zigmond & Snaith (1983) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Nilchaikovit, Lortrakul, & Phisansuthidet, (1996) มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับความวิตกกังวล 7 ข้อ (ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด) และคำถามสำหรับความซึมเศร้าอีก 7 ข้อ (ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด) การให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อเป็นแบบลิเคิร์ทสเกล (Likert scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีค่าของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน หมายถึงกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช 8-10 คะแนน หมายถึงกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และ 11-21

คะแนน หมายถึงกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่เป็นความผิดปกติทางจิตเวช

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพเอสเอฟ 36 (Short-Form Health Survey 36 [SF-36]) ของ Ware & Sherbourne (1992) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Leurmarn-kul, & Meetam, (2005). โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อแบ่งออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้ 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย มีคำถามจำนวน 10 ข้อ 2) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย มีคำถามจำนวน 4 ข้อ 3) ความเจ็บปวด มีคำถามจำนวน 2 ข้อ 4) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีจำนวนคำถาม 5 ข้อ 5) มีพละกำลัง มีจำนวน 4 ข้อ 6) กิจกรรมทางสังคม มีคำถามจำนวน 2 ข้อ 7) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ มีคำถามจำนวน 3 ข้อ และ 8) สุขภาพจิต มีคำถามจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งคำถามเกี่ยวกับการรายงานการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพมีคำถามจำนวน 1 ข้อ การให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน ทุกด้านมีการแปลผลคะแนนค่าคะแนนที่สูงขึ้น หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และคะแนนที่ต่ำ หมายถึงคุณภาพด้านสุขภาพที่ลดลง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีรายงานการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 คน (ผู้แปลเครื่องมือไม่ได้รายงานค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาไว้) ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa) ได้ค่าเท่ากับ 0.67 และ 0.73 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามสุขภาพเอสเอฟ 36 มีการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) เช่นกัน โดยมีค่าเท่ากับ 0.91 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความตรงซ้ำอีก แต่ทำการหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตซึ่งเคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ศัลยกรรม และอุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นนำคะแนนมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) ตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2009) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และแบบสอบถามสุขภาพเอสเอฟ 36 เท่ากับ 0.91 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 138/2558 วันที่รับรอง 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 วันที่ 28 สิงหาคม 2558 ถึง 27 สิงหาคม 2559 และช่วงที่ 2 วันที่ 28 สิงหาคม 2559 ถึง 27 สิงหาคม 2560 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 382/58 COA-NUR 138/58 วันที่รับรอง 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 วันที่ 28 สิงหาคม 2558 ถึง 27 สิงหาคม 2559 และช่วงที่ 2 วันที่ 28 สิงหาคม 2559 ถึง 27 สิงหาคม 2560 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบรายละเอียดโครงการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา ถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ไม่มีผลต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ สำหรับข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยในรายงานการวิจัยจะเสนอผลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นภายหลังจากการได้รับคำอธิบายแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้า

ร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตและหัวหน้าแผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายการตอบแบบประเมินและแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินและแบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบหลังจากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลที่ได้และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการจัดกลุ่มของข้อคำถามปลายเปิดด้านอาการไม่สุขสบายนอกเหนือจากอาการปวดของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ใช้การวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (spearman's rank correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.80) อายุเฉลี่ย 50.04 ปี มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 43.14) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.00) ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 43.10) กลุ่มโรคที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระบบทางเดินหายใจร้อยละ 100 รองลงมาคือระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 46.08) มีจำนวนระบบที่ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติ 2 ระบบ (ร้อยละ 66.67) มีวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 3-6 วัน (ร้อยละ 85.29) มีระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ย 10.86 วัน มีระยะเวลาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-3 เดือน (ร้อยละ 54.90) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการไม่สุขสบาย (ร้อยละ 72.50) รองลงมา มีอาการนอนไม่หลับและเหนื่อยง่าย (ร้อยละ 5.90)

การศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 8 ด้านย่อย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิต โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง เท่ากับ 81.22 คะแนน รองลงมา ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านความเจ็บปวด ด้านมีพละกำลัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 69.98 69.24 67.94 63.82 63.07 และ 58.04 คะแนนตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายมีคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำ เท่ากับ 33.09 คะแนน

การศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นกลุ่มไม่เป็นภาระพึ่งพา จำนวน 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.12 ไม่มีอาการวิตกกังวลที่มีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.18 และไม่มีอาการซึมเศร้าที่มีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.18

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้านย่อย กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (N=102)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (8 ด้านย่อย)	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ความวิตกกังวล	ความซึมเศร้า
การทำหน้าที่ของร่างกาย	.521**	-.151	-.284**
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย	.285**	-.039	-.217*
ความเจ็บปวด	.187	-.453**	-.538**
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	.263**	-.455**	-.485**
มีพละกำลัง	.223*	-.550**	-.622**
กิจกรรมทางสังคม	-.021	-.407**	-.470**
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	.131	-.427**	-.557**
สุขภาพจิต	.038	-.742**	-.644**

หมายเหตุ ** p < .01 * p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 4 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านมีพละกำลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 6 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต ด้านมีพละกำลัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านความเจ็บปวดด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้านย่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาขนาดของความสัมพันธ์ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิตโดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง อธิบายได้ว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีชีวิตรอด และสามารถผ่านพ้นช่วงที่คุกคามต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความพึงพอใจกับการมีชีวิตอยู่ โดยให้ความสำคัญกับปัญหาภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ส่งผลทำให้ผู้ที่รอดชีวิตมีสุขภาพจิตดี (Duggan et al., 2017) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและเพศที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพจิต ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีอายุเฉลี่ย 50.04 ปี และเป็นเพศชาย ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่อายุน้อย และเป็นเพศชายนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการรับรู้สภาวะทางจิตใจได้ดีกว่า ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีอายุมาก และเป็นเพศหญิง (Myhren et al., 2010)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ ด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านความเจ็บปวด ด้านมีพละกำลัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการที่ผู้ที่รอดชีวิต

มีระยะเวลาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วง 1-3 เดือน ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่มีอาการไม่สุขสบายนอกเหนือจากอาการปวด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น จนเกิด การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปดี มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น ส่งผลกับสภาวะจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (Duggan et al., 2017) ระยะเวลาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลดังกล่าวมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายจนมีพละกำลังที่จะทำกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้นในระดับหนึ่ง (ระดับปานกลาง) ดังนั้นช่วงเวลาจึงมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Jones, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hofhuis et al. (2011) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต พบว่าผู้ที่รอดชีวิตการเจ็บป่วยวิกฤตมีการฟื้นฟูภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ระยะเวลา 3 เดือนภายหลังออกจากโรงพยาบาลมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำ อธิบายได้ว่าปัญหาสุขภาพทางกาย และผลกระทบที่เกิดจากการรักษาที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาการทำงานทางด้านร่างกายบกพร่อง ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Agard, Egerod, Tonnesen, & Lomborg, 2012) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีตด้านสุขภาพ (Saira, 201) ถึงแม้ว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังมีผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตบางส่วนมีความบกพร่องด้านร่างกาย มีอาการนอนไม่หลับ และเหนื่อยง่าย และมีระยะเวลาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-3 เดือน ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายมีคะแนนลดลงในช่วง 3 เดือนแรก (Hofhuis, van Stel, Schrijvers, Rommes, & Spronk, 2011)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 4 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านมีพละกำลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่เป็นภาระพึ่งพา ไม่มีอาการไม่สุขสบายนอกเหนือจากอาการปวดภายหลังจากการเจ็บป่วยวิกฤต จึงมีการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีขึ้นมากกว่าช่วงที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอยู่อย่างเป็นอิสระในบ้านโดยไม่ต้องพึ่งพา และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี (Duggan et al., 2017) นอกจากนี้มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่นาน 3-6 วัน และมีระยะเวลาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-3 เดือน ระยะเวลามีผลต่อการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Neves et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Haghgoo et al. (2013) ที่ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .910$, $p < .01$) โดยผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตได้รับภาวะแทรก

ซ้อนจากการเจ็บป่วยวิกฤตและการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อการทำงานทางด้านร่างกายทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงตามมา (Hofhuis et al., 2011; Innocenti et al., 2015)

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 6 ด้านย่อย เรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปหาน้อยคือ ด้านสุขภาพจิต ด้านมีพละกำลัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านความเจ็บปวด ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านกิจกรรมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้านย่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jutte et al. (2015) ที่ศึกษาการประเมินทางด้านความวิตกกังวลของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บที่ปอดในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต ด้านมีพละกำลัง ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านกิจกรรมทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kwek et al. (2006) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและสภาวะทางด้านจิตใจในผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตด้วยกลุ่มอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันระยะเวลา 3 เดือนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว พบว่าความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับคุณภาพชีวิตในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและด้านความเจ็บปวด อธิบายได้ว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ถึงแม้จะไม่สามารถทำได้เต็มที่เมื่อเทียบเท่ากับก่อนเจ็บป่วย ส่งผลกับสภาวะจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก มีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี (Duggan et al., 2017)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัยพบความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านสุขภาพจิตมากที่สุด ดังนั้นจึงควร มุ่งเน้นการศึกษาและการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านสุขภาพจิตเพื่อลดผลกระทบทั้งจากความวิตกกังวลและความซึมเศร้าให้แก่ผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ช่วงการรับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดไปจนถึงการติดตามผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตต่อไป เช่น วิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ส่วนวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ทีรอดชีวิตที่ไม่พึ่งพาและไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

Agard, A. S., Egerod, I., Tonnesen, E., & Lomborg, K. (2012). Struggling for independence: A grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. *Intensive and Critical Care Nursing, 28*(2), 105-113.

Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal. Synthesis and generation of evidence. (6th ed.).* St Louis: Saunders Elsevier.

Chaboyer, W., & Elliott, D. (2000). Health-related quality of life of ICU survivors: Review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing, 16*(2), 88-97.

Choi, J., Hoffman, L. A., Schulz, R., Tate, J. A., Donahoe, M. P., Ren, D., . . . Sherwood, P. R. (2014). Self-reported physical symptoms in Intensive Care Unit (ICU) survivors: Pilot exploration over four months post-ICU discharge. *Journal of Pain and Symptom Management, 47*(2), 257-270.

Craven, J., & Hicks, P. (2012). Intensive care resources and activity: Australia and New Zealand 2009/2010. *ANZICS, Melbourne.*

Dennis, D. M., Hebden-Todd, T. K., Marsh, L. J., Cipriano, L. J., & Parsons, R. W. (2011). How do Australian ICU survivors fare functionally 6 months after admission. *Critical Care and Resuscitation, 13*(1), 9-16.

Duggan, M. C., Wang, L., Wilson, J. E., Dittus, R. S., Ely, E. W., & Jackson, J. C. (2017). The relationship between executive dysfunction, depression, and mental health-related quality of life in survivors of critical illness: Results from the BRAIN-ICU investigation. *Journal of Critical Care, 37,* 72-79.

Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., Henricson, M., Granberg-Axell, A., & Storli, S. L. (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies, 52*(8), 1354-1361.

Gordo, F., & Abella, A. (2014). Intensive Care Unit without walls: Seeking patient safety by improving the efficiency of the system. *Medicina Intensiva (English Edition), 38*(7), 438-443.

Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine, 46*(12), 1569-1585.

Group, W. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Quality of life assessment: International perspectives. Heidelberg: Springer Verlag,* 41-57.

Haghgoo, H. A., Pazuki, E. S., Hosseini, A. S., & Rassafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences, 328*(1-2), 87-91.

Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, G. J., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). The impact of critical illness on perceived health-related quality of life during ICU treatment, hospital stay, and after hospital discharge: A long-term follow-up study. *CHEST Journal, 133*(2), 377-385.

Hofhuis, J. G., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H., & Spronk, P. E. (2011). Changes of health-related quality of life in critically ill octogenarians: A follow-up study. *CHEST Journal, 140*(6), 1473-1483.

Innocenti, F., Del Taglia, B., Coppa, A., Trausi, F., Conti, A., Zanobetti, M., & Pini, R. (2015). Quality of life after mild to moderate trauma. *Injury, 46*(5), 902-908.

Jitaphantakun, S.,ThawiKittik, R., Khamya, T., & Milintharangkun,C. (1998). *Analysis of the elderly. Principles of geriatric medicine* (pp. 85-86), Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)

Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Brummel, N. E., Thompson, J. L., Hughes, C. G., . . . Ely, E. W. (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: A longitudinal cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine, 2*(5), 369-379.

Jones, C. (2014). Recovery post ICU. *Intensive and Critical Care Nursing, 30*(5), 239-245.

Jutte, J. E., Needham, D. M., Pfoh, E. R., & Bienvenu, O. J. (2015). Psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale 3 months after acute lung injury. *Journal of Critical Care, 30*(4), 793-798.

Kwek, S.-K., Chew, W.-M., Ong, K.-C., Ng, A. W.-K., Lee, L. S.-U., Kaw, G., & Leow, M. K.-S. (2006). Quality of life and psychological status in survivors of severe acute respiratory syndrome at 3 months postdischarge. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(5), 513-519.

Leurmarnkul, W., & Meetam,P. (2005). *Developing and testing the standards of the short-form health survey 36 (Thai version).* Nakorn Pathom: Silpakorn University Research and Development Institute. (In Thai)

Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal, 14,* 61-65.

Myhren, H., Ekeberg, O., Toien, K., Karlsson, S., & Stokland, O. (2010). Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care Medicine, 14*(1), 14.

Medical Records and statistics Section, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (2016). *The statistics of the movement of patients admitted to the hospital Classified by ward for the year 2012-2016.* Retrieved April 7, 2016, from https://w2.med.cmu.ac.th/ (In Thai)

Nilchaikovit, T., Lortrakul, M., & Phisansuthidet, U. (1996). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand, 41*(1), 18-30. (In Thai)

Neves, A. V. D., Vasquez, D. N., Loudet, C. I., Intile, D., Sáenz, M. G., Marchena, C., . . . Estenssoro, E. (2015). Symptom burden and health-related quality of life among intensive care unit survivors in Argentina: A prospective cohort study. *Journal of Critical Care, 30*(5), 1049-1054.

Polit, D. F., & Lake, E. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research.* Retrieved from http://www.pearsonhighered.com/educator/product/Statistics-and-Data-Analysis-for-Nursing-Research/9780135085073.

Schnabel, K., Rundshagen, I., Wegner, C., & am Esch, S. J. (2002). Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive Care Medicine, 28,* 38-43.

Sakthong, P. (2011). *Health-related quality of life* (1). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)

Silberman, S., Bitran, D., Fink, D., Tauber, R., & Merin, O. (2013). Very prolonged stay in the intensive care unit after cardiac operations: Early results and late survival. *The Annals of Thoracic Surgery, 96*(1), 15-22.

Stevenson, J. E., Colantuoni, E., Bienvenu, O. J., Sricharoenchai, T., Wozniak, A., Shanholtz, C., . . . Needham, D. M. (2013). General anxiety symptoms after acute lung injury: Predictors and correlates. *Journal of Psychosomatic Research, 75*(3), 287-293.

Saira,P. (2014). Effects of a Self-management Training Program on FunctionalPerformance, Acute exacerbation and quality of life among patients chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal, 41*(4), 23-35. (In Thai)

van der Schaaf, M., Beelen, A., Dongelmans, D. A., Vroom, M. B., & Nollet, F. (2009). Poor functional recovery after a critical illness: A longitudinal study. *Journal of Rehabilitation Medicine, 41*(13), 1041-1048.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care,* 473-483.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Jama, 273*(1), 59-65.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี
Health Beliefs and Health Behaviors Among Persons with Systemic Lupus Erythematosus

กรรณิการ์	กองบุญเกิด *	Kannika	Kongbunkird *
นัทธมน	วุทธานนท์ **	Nuttamon	Vuttanon **
ประทุม	สร้อยวงค์ ***	Pratum	Soivong ***

บทคัดย่อ

โรคเอสแอลอี เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถควบคุมอาการกำเริบและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2560 ถึง เดือนมีนาคม 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรค เอสแอลอี 3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี 5) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือวิจัยพัฒนาโดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

3. ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะ

* *อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง*

* *Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang*

** *ผู้เขียนหลัก, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, nuttamon.v@cmu.ac.th*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 8 มกราคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 23 กรกฎาคม 2561 วันตอบรับบทความ 19 ธันวาคม 2561

แทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ (r=-.24, p=.03) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพ (r=-.53, p<.001) ในขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนกิจกรรม จัดการกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: *ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี*

Abstract

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic incurable disease. Appropriate health behaviors can constrain exacerbations and decrease complications in SLE. Health beliefs are factors that promote appropriate health behaviors. The purpose of this correlational descriptive study was to examine health beliefs, health behaviors, and relationships between the health beliefs and health behaviors among persons with SLE. The participants were SLE patients receiving treatment at an outpatient clinic, Lampang Hospital between December 2017 and March 2018. Eighty-five participants were recruited by criterion purposive sampling. The study instruments consisted of: 1) Personal Information Questionnaire, 2) the SLE Health Behaviors Questionnaire, 3) the Perceived Susceptibility to relapse and complications from SLE Questionnaire, 4) the Perceived Severity to relapse and complications from SLE Questionnaire, 5) the Perceived Benefits of Health Behavior Questionnaire, and 6) the Perceived Barriers of Health Behavior Questionnaire. All instruments were developed by the researcher. The content validity was confirmed by a panel of experts in the field and reliability was tested prior to collecting data. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation.

The results revealed that:

1. The participants had a high level of health beliefs in aspect of the perceived susceptibility to relapse and complications from SLE, the perceived severity to relapse and complications from SLE, and the perceived benefits of health behaviors; however, the perceived barriers of health behaviors was at a moderate level.

2. The participants had a high level of health behaviors.

3. Considering aspect of health belief, the perceived severity to relapse and complications from SLE had a negative relationship at a low level with health behaviors (rs=-.24, p=.03) and the perceived barriers of health behaviors had a negative relationship at a high level with health behaviors (rs=-.53, p<.001). However, the perceived susceptibility to relapse and complications from SLE and the perceived benefits of health behaviors were not related to health behavior.

These findings could be used as basic data for health personnel in providing interventions to eliminate barriers in health behaviors in order to promote SLE patients to perform appropriate health behaviors.

Keywords: *Health beliefs, Health behaviors, Persons with Systemic Lupus Erythematosus*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอสแอลอี (systemic lupus erythematosus [SLE]) หรือโรคลูปัส เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (autoimmune diseases) ซึ่งสามารถพบได้กับคนทุกเชื้อชาติ ทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง โดยอัตราส่วนต่อเพศชายเป็น 9:1 ทั่วโลกพบความชุกของโรคเอสแอลอี อยู่ระหว่าง 6 ถึง 150 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี (Tsokos, 2016) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานความชุกของโรคเอสแอลอีในภาพรวมของประเทศ แต่พบว่าเพศหญิงเป็นโรคเอสแอลอีมากถึง 28 เท่าของเพศชาย (Kasitanon, Louthrenoo, Sukitawut, & Vichainun, 2002)

ผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี มักเกิดอาการกำเริบของโรคได้บ่อยในช่วง 5 ปีแรกที่ได้รับการวินิจฉัย ส่งผลให้ต้องดำเนินชีวิตด้วยความทุกข์ทรมานจากผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวโรคและการรักษา โดยผลกระทบจากตัวโรคที่พบได้บ่อยได้แก่ ผื่นผิวหนัง ภาวะไตอักเสบลูปัส อาการปวดข้อและกล้ามเนื้อ (Schmeding & Schneider, 2013) บางรายเกิดความพิการจากกล้ามเนื้อลีบ ข้อกระดูกผิดรูป (Santiago & Galvão, 2008) ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ในรายที่เกิดอาการกำเริบของโรคในอวัยวะที่สำคัญ เช่น ไต หัวใจ ปอด สมอง อาการจะรุนแรงและอาจคุกคามต่อชีวิตได้ (Zhu, Tam, Lee, Lee, & Li, 2009; Tsokos, 2016) นอกจากผลกระทบที่เกิดจากตัวโรคแล้วยังอาจพบผลจากยาที่ใช้ในการรักษา โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 จะได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการได้รับยาสเตียรอยด์ในปริมาณสูงและต่อเนื่องนั้นส่งผลให้มีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไหล่อูม หน้ากลม ขนและสิวขึ้นบนใบหน้า ผู้ที่เป็นโรคจึงรู้สึกอาย สูญเสียความมั่นใจ กังวล ท้อแท้และหมดกำลังใจ (Jolly et al., 2012) นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยาสเตียรอยด์ทำให้มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย รวมถึงอาจมีภาวะจิตเวชร่วมด้วย (Saag & Furst, 2013) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด 2) การป้องกันการติดเชื้อ 3) การจัดการความเครียด และ 4) การดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การหลีกเลี่ยงแสงแดดหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์ (Wantha, 2013; Thomas & Thomas, 2014) ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 ด้านและต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี สามารถควบคุมอาการกำเริบและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ทั้งนี้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อด้านสุขภาพของตน ซึ่งแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้รับการอ้างอิงมาก ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งอธิบายองค์ประกอบที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) โดยเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคหรืออาการกำเริบซ้ำ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เมื่อบุคคล

รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นจะเป็นอันตรายแก่ตนเอง บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่ดี 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) การรับรู้ว่าสามารถควบคุมโรค หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาได้ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers) หากบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตน บุคคลมักหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในทางกลับกันหากบุคคลรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย มักจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หรือร่วมมือในการรักษาดี

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ โดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่ผ่านมา พบความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน สำหรับในผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพน้อยและเป็นการศึกษาเพียงบางองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ และไม่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นทั้ง 4 ด้านของผู้ที่เป็นโรคนี้ (Junjai, 2011; Urairat, 2011) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี ตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ โดยองค์ประกอบสำคัญของความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด 2) การป้องกันการติดเชื้อ 3) การจัดการความเครียด และ 4) การดูแลสุขภาพทั่วไป ทั้งนี้ในผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะนำไปสู่การควบคุมความรุนแรงของอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอีได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlation descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอสแอลอี ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย (Polit & Beck, 2008) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติกำหนด ดังนี้

1) เพศหญิงอายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน มีทั้งหมด 32 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี คำถามเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด 13 ข้อ 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี คำถามเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด 11 ข้อ 5) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คำถามเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด 11 ข้อ และ 6) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คำถามเป็นข้อความทางลบทั้งหมด 10 ข้อ โดยลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ การแปลผลคะแนน ใช้วิธีหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98, 1.00, 0.98, 0.96 และ 1.00 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98, 0.93, 0.94, 0.94 และ 0.75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศูนย์ลำปางแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ การปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับปัจจุบัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ได้ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมและทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดเตรียมห้องเป็นส่วนตัวให้กับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอีโดยรวม ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน สำหรับการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอีโดยรวม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยการใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่า ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18-67 ปี ($\bar{X}$ = 42.02, SD = 13.38) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.50 ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.70 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35.30 ได้รับการวินิจฉัย

ว่าเป็นโรคเอสแอลอี อยู่ในช่วง 5 ปีแรก ร้อยละ 42.40 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค เอสแอลอี ร้อยละ 87.10 โดยพบว่าแหล่งความรู้ที่ได้รับนั้นมาจากแพทย์หรือพยาบาล ร้อยละ 62.40

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ ร้อยละ 85.90 โดยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาไม่มีอาการกำเริบของโรคจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 87.10 การดำเนินโรคเอสแอลอีในปัจจุบัน อยู่ในระยะสงบ ร้อยละ 67.10 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการกำเริบของโรค พบปัญหาระบบข้อและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 15.30 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วม ร้อยละ 52.00 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวพบเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.80.

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.20 และระดับปานกลาง ร้อยละ 38.80 ตามลำดับ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.90 และระดับปานกลาง ร้อยละ 14.10 ตามลำดับ และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.10 และระดับปานกลาง ร้อยละ 5.90 ตามลำดับ ขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.10 ระดับต่ำ ร้อยละ 18.80 และระดับสูง ร้อยละ 7.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอีของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี		
ระดับปานกลาง (26-38 คะแนน)	33	38.80
ระดับสูง (39-52 คะแนน)	52	61.20
Min - Max = 27-52 คะแนน, Median = 39 คะแนน, IQR = 7		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี		
ระดับปานกลาง (22-32 คะแนน)	12	14.10
ระดับสูง (33-44 คะแนน)	73	85.90
Min - Max = 28-44 คะแนน, Median = 37 คะแนน, IQR = 8		
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ		
ระดับปานกลาง (22-32 คะแนน)	5	5.90
ระดับสูง (33-44 คะแนน)	80	94.10
Min - Max = 31-44 คะแนน, Median = 38 คะแนน, IQR = 6		
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ		
ระดับต่ำ (10-20 คะแนน)	16	18.80
ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน)	63	74.10
ระดับสูง (31-40 คะแนน)	6	7.10
Min - Max = 14-36 คะแนน, Median = 23 คะแนน, IQR =3.5		

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.90) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.10) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม		
ระดับปานกลาง (64–95 คะแนน)	6	7.10
ระดับสูง (96–128 คะแนน)	79	92.90
Min - Max = 88-125 คะแนน, Median = 113.00 คะแนน		

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ (rs=-.24, p=.03) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพ (rs=-.53, p<.001)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=85)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพ	p-value
	Spearman's rho (rs)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อน	-.01	.96 ns
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อน	-.24	.03*
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-.04	.71 ns
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	-.53	<.001**

หมายเหตุ. ns. = non-significant, * p<.05, ** p<.01

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากบุคลากรสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเอสแอลอี คำแนะนำในการควบคุมอาการของโรค รวมไปถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรค ตลอดจนโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องทำให้เข้าใจแบบแผนและการดำเนินของโรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี อยู่ในระดับสูง และอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง

ได้รับผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอี โดยการวิจัยนี้พบว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนของโรค (ร้อยละ 12.90) ในขณะที่ปัจจุบันหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างยังคงมีอาการกำเริบของโรคเอสแอลอี (ร้อยละ 32.90) ซึ่งผลกระทบเหล่านี้อาจนำไปสู่ความพิการหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี อยู่ในระดับสูง ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับผลกระทบที่เกิดจากโรคเอสแอลอี แต่กลับพบว่าอาการของโรคมักจะลดความรุนแรงลงหลังได้รับการรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับผลดีจากการรักษาว่าสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ประกอบกับการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นความก้าวหน้าของการรักษา และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแพทย์และพยาบาล มาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ถึงแม้จะมิได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 35.30) โดยได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลค่าใช้จ่าย การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Rodmai, 2005) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง จึงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ สามารถเผชิญปัญหาและมีการจัดการตนเองที่ดีกว่าเพศชาย (Tipmom, Siripul, & Tripiboon2016) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุอยู่ในช่วง 18-40 ปี (ร้อยละ 47.10) สติปัญญาและการรับรู้ต่างๆ มีความสมบูรณ์เต็มที่ พร้อมเผชิญปัญหา แก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง ทำให้เอาใจใส่ตนเองและรับผิดชอบเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี (Yue, Li, Weilin, & Bin, 2015) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.50) จึงได้รับความรัก กำลังใจ คำปรึกษาและการดูแลจากคู่สมรส การมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและหันมาดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น (Chompusri, Srisuphan & Tripiboon, 2008) นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอสแอลอี (ร้อยละ 87.10) จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างพยายามปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากความรู้ที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ (Sasang, 2005) งานวิจัยนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอี อยู่ในช่วง 5 ปีแรก (ร้อยละ 42.40) จึงมักมีอาการกำเริบของโรคบ่อยครั้งและมีความรุนแรงของโรคมาก จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกำเริบและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี อยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยครั้งนี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของ

Urairat (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบลูปัสและพบว่า ผู้ป่วยไตอักเสบลูปัสมีพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคอยู่ในระดับสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี

ผลการวิจัย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอจึงอาจทำให้ไม่มีอาการของโรค โดยพบว่า

อาการของโรคเอสแอลอีมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะสงบ (ร้อยละ 67.10) ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุมอาการของโรคได้หลังจากที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมาแล้วระยะหนึ่ง การไม่มีอาการของความเจ็บป่วยใดๆ เกิดขึ้นอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนเองปกติ จึงไม่มีเหตุผลที่จะต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือดูแลตนเองเป็นพิเศษ

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอี มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ (rs = -.24, p = .03) ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าถึงแม้แหล่งข้อมูลความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้จากแพทย์/พยาบาล แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นข้อมูลจากวิทยุ/โทรทัศน์ เพื่อน/บุคคลที่รู้จัก รวมถึงจากอินเตอร์เน็ต แต่ข้อมูลบางประเด็นไม่มีแหล่งอ้างอิงที่ชัดเจน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างกังวลว่าหากปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ตามคำแนะนำอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือส่งผลกระทบที่รุนแรงกับตนเองได้ (Injan, Naka & Sangchan, 2016) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับเดิม ขณะที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอสแอลอีสูง ผลการวิจัยนี้แตกต่างกับผลการวิจัยของ Junjai (2011) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอสแอลอี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี อธิบายได้ว่า โรคเอสแอลอีเป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีการดำเนินของโรคแบบเป็นๆ หายๆ และไม่สามารถบอกถึงการพยากรณ์โรคได้อย่างชัดเจน จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษาได้ กลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถกำหนดบทบาทหรือรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Junjai (2011) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพ (rs = -.53, p <.001) อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอี ส่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตรวมถึงการประกอบอาชีพ ขณะที่มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างยังคงประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.70) โดยการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างต้องลางาน ทำให้เสียเวลาและขาดรายได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับความไม่สุขสบายจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษา แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการเปรียบเทียบระหว่างอุปสรรคหรือข้อจำกัดของการปฏิบัติร่วมกับการได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าได้รับผลดีหรือผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองมากกว่าจึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Junjai (2011) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนกิจกรรมจัดการกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี เพิ่มเติม เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุน

ทางสังคม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นต้น เพื่อจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเอสแอลอี

เอกสารอ้างอิง

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior.* Thorofare: Slack.

Chompusri, M., Srisuphan, W., & Tripiboon, D. (2008). Factors related to glycemic control behaviors among persons with diabetes mellitus at primary care unit, Sop Prap District, Lampang Province. *Nursing Journal, 35*(4), 120-121. (In Thai)

Injan, A., Naka, K., & Sangchan, H. (2016). *Relationships between received information, perceived severity of illness and perceived activity performance in patient undergone open heart surgery.* Retrieved from http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/7395 (in Thai)

Junjai, K. (2011). *Factors related to medication adherenc e among patients with Systemic Lupus Erythematosus.* (Unpublished master's thesis), Mahidol University, Bangkok, Thailand. (In Thai)

Jolly, M., Pickard, A. S., Mikolaitis, R. A., Cornejo, J., Sequeira, W., Cash, T. F., & Block, J. A. (2012). Body image in patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal of Behavioral Medicine, 19*(2), 157-164.

Kasitanon, N., Louthrenoo, W., Sukitawut, W., & Vichainun, R. (2002). Causes of death and prognostic factors in Thai patients with systemic lupus. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology, 20,* 85-91.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Rodmai, S. (2005). *Factors influencing patients self care behavior among coronary heart disease at Sappasitthiprasong Hospital Changwat Ubonrajathani.* (Unpublished master's thesis), Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand. (In Thai)

Sasang, U. (2005). *Factors influence adaptational behavior in systemic lupus erythematosus patients.* (Master of Nursing Science in Adult Nursing), Graduate School, Khon Kaen University. (In Thai)

Santiago, M. B., & Galvão, V. (2008). Jaccoud arthropathy in systemic lupus erythematosus: Analysis of clinical characteristics and review of the literature. *Medicine, 87*(1), 37-44.

Saag, K.G., & Furst, D.E. (2013). *Major side effects of systemic glucocorticoids.* Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/major-side-effects-of-systemic-glucocorticoids

Schmeding, A., & Schneider, M. (2013). Fatigue, health-related quality of life and other patient-reported outcomes in systemic lupus erythematosus. *Best practice & Research Clinical Rheumatology, 27*(3), 363-375.

Thomas, D.E., & Thomas Jr, D.E. (2014). *The lupus encyclopedia: A comprehensive guide for patients and families.* Maryland: JHU Press.

Tsokos, G. (Ed.). (2016). *Systemic lupus erythematosus : Basic, applied and clinical aspects.* London: Elsevier.

Tipmom, W., Siripul, P., & Sakdisthanont, S. (2016). Relations among selected factors, self-management and quality of life in adolescents with SLE. *Journal of Nursing Science and Health, 39*(3), 98-108. (In Thai)

Urairat, P. (2011). *Factors influencing relapse prevention behaviors in lupus nephritis patients.* (Unpublished master's thesis), Mahidol University, Bangkok, Thailand. (In Thai)

Wantha, O. (2013). Rheumatology for nurse practitioners and allied health professionals. In Asavatanabodee, P. (Ed.). *SLE: Autoimmune disease* (pp. 346-390). Bangkok: City Print. (In Thai)

Yue, Z., Li, C., Weilin, Q., & Bin, W. (2015). Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. *Patient Education and Counseling, 98*(5), 669-673. doi: 10.1016/j.pec.2015.02.007

Zhu, T. Y., Tam, L. S., Lee, V. W. Y., Lee, K. K. C., & Li, E. K. (2009). The impact of flare on disease costs of patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care & Research, 61*(9), 1159-1167.

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและผลิตภาพตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เมืองจิ่งหง สาธารณรัฐประชาชนจีน

Work Empowerment and Productivity as Perceived by Nurses in Secondary Hospitals, Jinghong City, the People's Republic of China

หลี่	เฉิน *	Li	Chen *
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra **
อรอนงค์	วิชัยคำ ***	Orn-anong	Wichaikhum ***

บทคัดย่อ

ผลิตภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของผลการปฏิบัติงานขององค์การ การวัดผลิตภาพขององค์การจะช่วยระบุความสามารถในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในองค์การเพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย การศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจในการทำงานกับผลิตภาพตามการรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เมืองจิ่งหง สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลจำนวน 188 คนที่ได้รับคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามการทำงานที่มีประสิทธิผล (Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001) และแบบวัดผลิตภาพ (McNeese-Smith, 1995) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอบบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เมืองจิ่งหง สาธารณรัฐประชาชนจีน รับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและผลิตภาพในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 17.88, SD = 3.99; $\bar{X}$ = 47.30, SD = 12.69 ตามลำดับ) และพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลิตภาพ ($r = .408$, $p < .01$) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหาร ในการส่งเสริมเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน เพื่อเพิ่มผลิตภาพที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: *การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน, ผลิตภาพ, พยาบาล โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ, สาธารณรัฐประชาชนจีน*

Abstract

Productivity is an important indicator of performance of organization. Measuring organizational productivity will help identify ability to fully utilize organizational resources in order to create

* *พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประชาชนเขตปกครองตนเองชนชาติไทลิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน*

* *Professional Nurse, The People's Hospital of Xishuangbanna Dai Nationality Autonomous Prefecture, P.R. China*

** *ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, akulwadee@gmail.com*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 5 มีนาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 29 เมษายน 2562 วันตอบรับบทความ 1 สิงหาคม 2562

patient satisfaction. This descriptive correlational study aimed to examine the relationship between work empowerment and productivity among nurses working in secondary hospitals, Jinghong City, the People's Republic of China. The sample included 188 nurses who were selected by using stratified random sampling method. Research instruments consisted of the Condition of Work Effectiveness Questionnaire (Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001) and the Productivity Scale (McNeese-Smith, 1995), which had the Cronbach's alpha coefficients of 0.94 and 0.96, respectively. Descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation analysis were used to analyze data. Results revealed that nurses in secondary hospitals, Jinghong City, the People's Republic of China perceived work empowerment and productivity at moderate levels ($\bar{X}$ = 17.88, SD = 3.99; $\bar{X}$ = 47.30, SD = 12.69, respectively). There was a statistically significant positive relationship between work empowerment and productivity (r=.408, p<.01). The results of this study provide administrators to promote work empowerment to increase productivity which will produce positive outcomes for patients and hospitals.

Keywords: *Work empowerment, Productivity, Nurse, secondary hospitals, People's Republic of China*

Background and significance

Changes including gradually aggravated burden of health care, insufficient total medical resources and uneven distribution of high-quality medical resources have an impact on the health-care industry (Wang, Li, Lu, & Han, 2019). In addition, restructuring and fiscal restraint in recent years has forced health-care organizations to operate with fewer nurses, yet still provide the necessary high-quality services (Liou, 2008). These changes are viewed as a way to increase organizations' productivity and to maintain their competitive advantage. In China, drug markup policies have been repealed in all public hospitals by the end of September 2017 (The Central People's Government of the People's Republic of China, 2017). These reforms have caused hospitals being unable to collect enough revenue to cover their expenditures, then the hospitals need to save on their costs in supplies. In favor of saving and combining the medical resources of hospitals at various levels, a medical consortium has been advocated. This consortium would separate the patients, in order that minor illnesses are treated in the community and serious illnesses are treated in the hospital, and rehabilitated patients would return to the community (National Health Commission of the People's Republic of China [NHCC], 2016). All these factors have induced healthcare organizations need highly competent nurses to produce efficient and effective care (Duong, 2019); hospitals to take on quality as the core indicator of good management; achieve hospital goals as far as possible; and realize high productivity.

Generally, productivity is defined as a measure of the amount of output generated per unit of input (Linna, Pekkola, Ukko, & Melkas, 2010). Also, productivity can be viewed

as the contribution towards an organizational end result in relation to resources consumed (McNeese-Smith, 1995). Productivity is related to cost, quality of care, sick leave, and turnover and so on. Increasing the productivity has many advantages, such as lowering the costs in hospital; boosting the job retention of nurses; and increasing effectiveness and pleasure of patients, nurses, doctors, and staff (McNeese-Smith, 2001). Staff productivity is one of the significant factors for organization success and survival (Hall, 2003).

However, important factor that can affect productivity is work empowerment (Laschinger & Wong, 1999; Chang & Liu, 2008). According to Kanter (1977), work empowerment refers to the organizational environment that provides employees access to formal power, informal power, information, resources, support, and opportunity in order to enhance their power to accomplish work within an organization. It was found that higher perceived access to empowerment structures was associated with increased productivity ($r=0.30$, $p<.001$) (Laschinger & Wong, 1999), and subscales of work empowerment can predict 7.0% of job productivity ($R= 0.07, F(4, 571) = 11.06, p= .001$) (Chang & Liu, 2008). Work empowerment affects the performance of employees and improve the productivity.

Secondary hospitals, Jinghong City, the People's Republic of China encountered issues of productivity. For the People's Hospital of Jinghong city, in 2017, financial expenditure increased 36.62% over 2016 (The People's Government of Jinghong City, 2017). Also, because of the two-child policy, there are more young nurses giving birth for the second child, so the rate of sick leave is higher than before (Nurses director, personal communication, November 15, 2018). At the Dai minority hospital of Xishuangbanna, the nurse turnover rate was 3% in 2016, and it increased to 12% in 2017. Although the rate of high quality nursing was 100% in 2017, however, it was 75% in 2016 (Nurses director, personal communication, November 16, 2018), which shows inconsistency. Also, the total resources of traditional Chinese medicine and Dai medicine are insufficient. The utilization rate of beds in the Dai minority hospital of Xishuangbanna is not high, as the rate has not reached 60% (Xishuangbanna Health and Family Planning Commission, 2018). A survey by Zhang & Yuan (2017) among nurses working in secondary hospitals found that nurses rarely have the opportunity to participate in hospital affairs. In addition, the study by Wu, Chang, & Peng (2014) found that on the job training aspect, nurses have problems with busy work, lack of teachers and so on. Additionally, nurses also lack opportunities to learn challenging tasks, because of the large number of nurses in the department and the strong competition, only a few people can participate. Furthermore, the current fiscal constraints imposed on health-care institutions, nurses have also been forced to do more with fewer resources (Zhao, Zhang, & He, 2007). All of these have revealed limitations, as far as resources, support, and opportunities of work empowerment among the nurses in secondary hospitals of China.

According to few studies regarding work empowerment and productivity among nurses in China, and no studies in the secondary hospitals in the Jinghong City, the study of work empowerment and productivity in secondary hospitals of the Jinghong City, and correlation between work empowerment and productivity, can provide information and evidence for hospital managers and nursing managers to enable the aforesaid in planning efficient and effective strategies to promote work empowerment within the organization, and to target the improvement of organizational productivity.

Objectives

This study aimed to identify the level of work empowerment, to identify the level of productivity, and to identify the relationships between work empowerment and productivity of nurses in the secondary hospitals of Jinghong City, the People's Republic of China.

Conceptual framework

Concepts used in this study were work empowerment developed by Laschinger (1996) and productivity developed by McNeese-Smith (2001). According to Laschinger, work empowerment is the extent to which there is access to opportunity, information, support and resources which is promoted by formal and informal job characteristics. It consists of six dimensions. 1) Formal power is found in job that are visible, central to the purpose of the organization, and that allow for discretion in decision making; 2) Informal power is alliances form in the organization, with superiors, and peers, as well as subordinates; 3) Opportunity is related to job conditions that provide individuals with chances to advance within the organization and to develop their knowledge and skills; 4) Support is related to sources of support, such as guidance and feedback received from other persons, to function in a way that will maximize effectiveness; 5) Access to resources means having the ability to obtain materials, money, and rewards necessary for achieving job demands; 6) Information includes technical knowledge and expertise as well as informal information concerning what is going on in the larger organization. Productivity was defined as the contribution toward an organizational end result in relation to resources consumed (McNeese-Smith, 1995). Based on literature review, contribution includes resource which refers to human and physical resources; cost which refers to labor cost, and cost of supplies, sick leave, turnover, absenteeism; goal which refers to hospital and department goals, support of professional or educational growth of all employees in department, and productivity goal; professional growth which means teaching the new people, sharing something new with nursing colleagues, making suggestion for improving the unit, learning new processes, going back to school for more education; quality of service which is aspects of free of error and well organized. Nurses who can access to an empowering organization feel of autonomy and control over work and have aspirations to invest to accomplish the organizational goal which lead to high productivity.

Methodology

A descriptive correlational research design was used to measure the relationship between work empowerment and productivity of the nurses in the secondary hospitals of Jinghong City of the People's Republic of China, including the People's Hospital of Jinghong city (PHoJHC) and Dai Minority Hospital of Xishuangbanna (DMHoX).

Population and sampling. The target population of the study included 336 staff nurses working in the two secondary hospitals. Inclusion criteria was staff nurses who had been working for at least one year. Exclusion criteria were nurses who were not at work post because of sick leave, continuing studies, or maternity leave. According to the Yamane formula (Yamane, 1973), the sample size was 183 nurses. Considering the occurrence of a loss of up to 10 percent of the sample size (Israel, 1992), the final number of sample size was 201 nurses. (139 from PHoJHC, and 62 from DMHoX). The stratified random sampling method was used to select staff nurses from the staff nurses' name list in each unit of two secondary hospitals.

Research instruments and quality of instrument The research instruments included 1) Demographic Data Form which was developed by the researcher to collect personal information of sample including: age, gender, hospital, years of working in the present hospital, educational level, professional title, working unit, and working hospital. 2) Chinese version of Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II, which was developed by Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk (2001) and translated to Chinese by Li, Sun, Hu, & An (2007). It consists of 19 items that measure 6 components of work empowerment: Opportunity (3 items), information (4 items), support (3 items), resources (3 items), formal power (3 items), informal power (3 items), and global empowerment scales (2-item), each subscale has a five Likert scale (1= none, 2 = a little, 3 = some, 4 = many, and 5 = a lot). Higher scores indicated perceive more empowerment in work environment. Total sum of scores ranged from 6 to 30. The translated version had large factor loads on their corresponding main components (≥0.5) (Li et al., 2007), this shows that it is in good consistency with the original questionnaire in terms of expression, content and structure, therefore, this scale had good construct validity 3) The productivity scale which was developed by McNeese-Smith (1995). The productivity scale consists of 15 items. All items were rated on a 5-point rating scale ranging from 1 = slight contribution to 5 = very high contribution, having a total sum score range from 15 to 75. Higher scores reflect more contribution. According to McNeese-Smith (1995), this scale was revised several times using feedback from the panel of judges, a panel of hospital department managers, and a cross section of hospital staff. The productivity scale was translated using the back-translation method (Maneesriwongul & Dixon, 2004) by the researcher. The researcher translated the original scale into Chinese. A bilingual expert who worked as a nursing teacher in a university translated the Chinese version scale into an English version. One English expert compared the original scale and the back-translation

English version scale to confirm the equivalence, whether she thought any points would lead to misunderstandings, and whether two English versions showed a same meaning. English expert gave feedback that there was agreement between the two versions. The researcher and her advisor discussed and revised the discrepancies until they were satisfied with the current version. Chinese version of Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II and the productivity scale were tested their reliability among 20 nurses from PHoJHC and DMHoX. The Cronbach's alpha coefficients of them were 0.94 and 0.96, respectively.

Ethical consideration. The research proposal was approved by to the Research Ethics Review Committee, the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand (No.019/2019). The participants were informed that they were free to refuse participation or to withdraw from the study at any time without losing any benefits and without affecting their performance evaluations. A statement was put in an information sheet to guarantee confidentiality and anonymity of individual responses. Only code numbers were used for questionnaires. Information offered by the participants was only applied for the current study and remained confidential. A research consent form was given to the participants who were willing to participate.

Data collection. Data were collected from February to March, 2019. The researcher met with the directors of nursing department of each hospital and introduced them the study's objectives and methods followed by a request to distribute and collect the research questionnaires by one coordinator. A total of 201 questionnaires were distributed to the samples. In DMHoX, the research coordinator help to distribute and collect questionnaires and sent them to the researcher. In the PHoJHC, the researcher distributed questionnaires with information sheet and two envelops. After the subjects complete the questionnaires and consent forms, they put them in two separated boxes, then the researcher collected the questionnaires from the boxes. After two weeks, 196 questionnaires (97.51%) were returned. Among these 196 questionnaires, 188 (93.53%) of the questionnaires were completed and used for data analysis.

Data analysis. A computer software program was used for data analysis in this study. Significance level alpha was set at 0.05. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze demographic data. Pearson's product moment correlation analysis was used to analyze the relationship between work empowerment and productivity since they were normal distribution tested by using Kolmogorov-Smirnov's test.

Results

Most of nurses were female (97.34%). The average age of nurses was 28.79 (SD = 5.46) years old, and 76.06% of nurses were between 21 and 30 years old. 60.11% of the nurses were married. 57.44% of the nurses had associate degree and 55.85% of nurses were senior nurses. The average working years of nurses was 7.73 years (SD = 5.63). 18.09% of the nurses worked

in the obstetrics and gynecology department and 14.36% of the nurses worked in the internal medicine department. 78.19% of the nurses had rotating work shifts. 53.73% of the nurses had income between 2001 and 4000 Yuan (297-595US$) per month.

Nurses perceived overall work empowerment at a moderate level ($\bar{X}$ = 17.88, SD = 3.99). Among dimensions, an average mean score of perceived informal power was 3.50 (SD = .80), of formal power was 2.95 (SD = .87). Within the rest dimensions, the most empowering sub-dimension was support ($\bar{X}$ = 3.06, SD = .91), followed by access to opportunity ($\bar{X}$ = 2.83, SD = .79), access to resource ($\bar{X}$ = 2.63, SD = .84) and access to information ($\bar{X}$ = 2.73, SD = .94), respectively. (Table 1). In addition, Nurses rated productivity at a moderate level ($\bar{X}$ = 47.30, SD =12.69). (Table 1). The result showed that there was significantly positively moderate correlation between work empowerment and productivity ($r = 0.408$, $p < 0.01$). (Table 2)

Table 1 Mean, Standard Deviation and Levels of Work Empowerment and productivity Among Nurses (n = 201)

Variables	Mean	SD	Level
Productivity	47.30	12.69	Moderate
Overall work empowerment	17.88	3.99	Moderate
Informal power	3.50	0.80	
Formal power	2.95	0.87	
Support	3.06	0.91	
Opportunity	2.83	0.79	
Resource	2.63	0.84	
Information	2.73	0.94	

Table 2 The Relationship between work empowerment and productivity of nurses (n = 201)

	Productivity	Level
Overall work empowerment	0.408**	Moderate

** $p < .01$

Discussion

Work empowerment. The study results indicated that the nurses perceived overall work empowerment at a moderate level. The explanations might be: firstly, nurses had good relationships and communication channels with peers, subordinates, and cross-functional groups, which may result from they often join

activities together on some important festivals, for example, on New Year's Day, Mid-Autumn Festival, Water-Sprinkling Festival, etc. These good relationships enabled nurses to get easy collaboration to take care of patient, for example, nurse can consult with doctor informally if there are clinical problems, and nurses help each other when there are high workload. Secondly, nurses had good support, which is feedback and guidance received from superiors, peers, and subordinates. Explanations might be that senior nurses help and lead junior nurses. Moreover, head nurses did guidance about prioritize tasks in busy and emergency situations, and orientation in routine work about observation on the condition of critically ill patients (Mi, 2008). Thirdly, nurses had formal power which is the flexibility, visibility and importance of their job position. Explanations might be that in the past, the main task of nurses was to execute doctor's orders and give injections and transfusions. At present, nurses carry out high quality nursing service, this clarified the responsibility of nurses and formed the situation of every nurse can participate in quality management, then that can improve nurses' autonomy within work (Li, 2010). However, two secondary hospitals still lack encouragement for nurses' work innovation and pay less attention to reward for work innovation (Zhang, 2017). In addition, the role differences between doctors and nurses caused by factors such as education, system, will has effect on relationship between doctors and nurses (Ma, Zhang, & Shan, 2015). These reason might affect and reduce work empowerment into a moderate level. This result was consistent with previous studies by He (2016), Liu et al. (2016) in China, by Dirik and Intepeler (2017) in Turkey, and by Breau & Rhéaume (2014) in Canada.

Productivity. The results of this study indicated that the nurses perceived the overall productivity at a moderate level. According to productivity refers to aspects of sick leave, quality of care, and finish work within deadline, professional growth, hospital goals, etc; the explanations of a moderate level of productivity might be: Firstly, DMHoX is the leader of Dai Medical and Health Service System of Four Levels of Traditional Chinese Medicine in Prefectures, Cities, Towns and villages. Moreover, during the 13th Five-Year Plan period, China has started to promote the development of Dai and Chinese medicine, establishing the DMHoX into a Tertiary National Hospital. In addition, the PHoJHC is the leading hospital of the development of the closed medical service community in the area; it undertakes the support and development tasks of 15 primary medical and health institutions in the whole city (Peng, 2018). Thus, maintaining a high quality of care is one of core indicators for these hospitals. Secondly, the responsibilities of nurses at all levels are clarified, which means that nurses have to complete work on time and with good quality. Thirdly, the length of sick leave is included in the year-end evaluation items (Nurse director, personal communication, November 17, 2018) so that most employees who are in good physical condition prefer to spend their time at work.

However, there are also some barriers for productivity. Firstly, hospital status and all

development goals were not well communicated to clinical front-line personnel, nurses provided high quality of care to complete their own task, but they might not understand hospital's overall goals Thus, nurses felt they had low contribution in attaining hospital goals. Secondly, when head nurse is available in advanced studies, experienced nurses will be appointed to organize department work, and young nurses don't need to organize department work, they just need to cooperate with profound experienced nurses to complete department work for their position in their department with high quality (Nurses, personal communication, November 19, 2018). Thus, some nurses felt had low contribution in being well organized department work. Thirdly, nurses have a heavy workload. While taking care of patients, nurses also take on other tasks such as ward administration, accounting, and computer. Heavy work, social and family pressures, severely affects individual productivity (Zhang, Cheng, & Yuan, 2009). Moreover, nurses often have to be on night shift in the long term so that they felt overtired, fatigue induced low productivity (Xue, 2016). In addition, the government's inadequate investment in the field of medical and health care has weakened the allocation capacity of medical and health resources and nurses are not well paid, it affects the work enthusiasm of employees. Those factors can cause turnover, and high turnover will increase cost of labor which is a component of productivity. This study result was consistent with study of Park, Lee, & Park (2018) in Korea.

Relationship between work empowerment and productivity. The results of this study show that there was significantly positively moderate correlation between work empowerment and productivity. The positive relationship might be because of nurses had opportunities to gain new skills and knowledge and they taught and shared knowledge and skills they learned to improve nursing care in their department. Kanter (1977) maintained that opportunity is a key influence on employee productivity; individuals in high-opportunity take a proactive approach to solving problems that arise on the job. Besides, if nurses have chance to participate on committees and task force, they can learn some knowledge and good ideas that will be helpful in assisting their own department to set useful goals. Moreover, nurses who get support can improve productivity, for example, senior nurses supported junior nurses by reminding junior nurses details which were easily forgotten. This contributed to junior nurse not to conduct mistake. Departments are all connected, share information and idea to support other departments can help to solve some problems. Therefore, if nurses receive support from staff of other departments, it is beneficial in solving problems. Furthermore, nurses who had access to resource can help their own department to meet deadline. Nurses' clinical work is intensive and time-pressured. If they are given more appropriate working hours, instruments and equipment are repaired in a timely manner, and there is adequate allocation of resources, then, these are beneficial, as far as helping own department to meet deadline,

and, thus, increase their productivity. According to Laschinger & Wong (1999), work structures that allow staff to work more effectively by encouraging them to perform their professional knowledge and skills and be explainable for their actions are more likely to have positive organizational outcomes, such as increasing in productivity and work effectiveness. This study result was consistent with study of Laschinger and Wong (1999) in Canada.

Implication of study

According to moderate levels of work empowerment and productivity, as well as the positive relationship between work empowerment and productivity, the implications should be as follows: 1) Hospital administrators and nursing directors should improve work empowerment by providing enough supplies for nurses to proceed their works; providing more information of values and goals of top management; creating more opportunities of doing challenge work, competition, and continued education; establishing recognition, clear, and relevant jobs for nurses; 2) Nursing directors, head nurse, colleagues should give nurses guidance, support, and constructive suggestions for fixing problems and improving quality of care.; 3) Hospital administrators and nursing directors should improve productivity by, for example, organizing training to improve quality of services, promoting professional growth, taking care of health and managing hard work for preventing of sick leave and turnover.

Recommendations for further study

Future research studies are: 1) conduct the study of relationship between work empowerment and productivity in other different types of hospitals and in other districts of China.; 2) study factors related to work empowerment and productivity.; and 3) conduct qualitative or intervention study to improve nurses' work empowerment and productivity.

Reference

Breau, M., & Réaume, A. (2014). The relationship between empowerment and work environment on job satisfaction, intent to leave, and quality of care among ICU nurses. *Dynamics, 25*(3), 16-24.

Chang, L. C., & Liu, C. H. (2008). Employee empowerment, innovative behavior and job productivity of public health nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 45*(10), 1442-1448.

Dirik, H. F., & Intepeler, S. S. (2017). The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. *Journal of Nursing Management, 25*(4), 256-265.

Duong. (2019). *Job demands, job resources and work engagement among nurses in Tertiary Care Hospitals, Thanh Hoa Province, The Socialist Republic of Vietnam.* (Master thesis Nursing Administration), Graduate school, Chiang Mai University.

Hall, L. M. (2003). Nursing intellectual capital: A theoretical approach for analyzing nursing productivity. *Nursing Economics, 21*(1), 14-19.

He, C. Y. (2016). *Study on the relationship between structural empowerment, psychological empowerment and work involvement of nurses in oncology hospitals.* (Doctoral dissertation), Henan University.

Israel, G. D. (1992). *Determining sample size.* Retrieved from https://www.tarleton.edu/academicassessment/documents/Samplesize.pdf

Kanter, R. M. (1977). *Men and women of the corporation.* New York: Library of Congress.

Laschinger, H. (1996). A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Nursing Administration Quarterly, 20*(2), 25-41.

Laschinger, H. K. S., & Wong, C. (1999). Staff nurse empowerment and collective accountability: Effect on perceived productivity and self-rated work effectiveness. *Nursing Economics, 17*(6), 308-317.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration, 31*(5), 260-272.

Liou, S. R. (2008). An analysis of the concept of organizational commitment. *Nursing Fórum, 43*(3), 116-125.

Linna, P., Pekkola, S., Ukko, J., & Melkas, H. (2010). Defining and measuring productivity in the public sector: Managerial perceptions. *International Journal of Public Sector Management, 23*(5), 479-499.

Li, Q. J., Sun, N., Hu, H., & An, X. M. (2007). Establishment of Chinese version of Effective Conditions of Work Questionnaire-II. *Journal of Nursing, 22*(19), 1-4.

Liu, W. T., Yin, A. C., Zhang, X. J., Zhang, T. T., & Yuan, M. (2016). Analysis of the correlation between structural empowerment of ICU nurses and patient safety culture. *Journal of Nursing, 32*(6), 17-21.

Li, X.Y. (2010). Deepening high quality nursing service and exploring responsibility system of nursing performance appraisal. *Nursing Management in China, 10*(11), 26-27.

Ma,Y.H., Zhang,C.M., & Shan,L.F. (2015). Analysis of the Importance and Improvement Measures of Good Medical-Nursing Relations. *Research on Women's Health in China and Foreign Countries, 20,* 73-73.

McNeese-Smith, D. (1995). Job satisfaction, productivity, and organizational commitment. The result of leadership. *The Journal of Nursing Administration, 25*(9),17-26.

McNeese-Smith, D. (2001). Staff nurse views of their productivity and non-productivity. *Health Care Management Review, 26*(2), 7-19.

Maneesriwongul, W., & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing, 48*(2), 175-186.

Mi, Q. (2008). Focus on the growth of new nurses and keep the nursing team stable. *Chinese Medical Innovation, 5*(30), 77-77.

National Health Commission of the People's Republic of China. (2016). *Circular of the state council on the issuance of the 13th five-year plan for health programming.* Retrieved from http://www.gov.cn/gongbao/content/2017/content_5163449.htm

Rusny. (2019). *The relationships between the participatory management work empowerment, and the effectiveness of patient unit as perceived by first – line nurse managers, Private Hospitals.* (Master thesis), Faculty of Nursing Christian University. (In Thai)

Peng, J. (2018). *Reconstructing the medical service system and promoting the graded diagnosis and treatment system-the construction of medical service community in Jinghong City started in an all-round way.* Retrieved from http://www.jhsrmyy.com/Article_show.aspx?id=797&chid=2

Park, E., Lee, H. Y., & Park, C. S. Y.(2018). Association between sleep quality and nurse productivity among Korean clinical nurses. *Journal of Nursing Management, 8*(26), 1051-1058.

The Central People's Government of the People's Republic of China. (2017). *By the end of September, all public hospitals had abolished drug additions.* Retrieved from http://www.gov.cn/xinwen/2017-12/11/content_5245727.htm

The People's Government of Jinghong City. (2017). *Open report on department accounts of The People's Hospital of Jinghong city in 2017.* Retrieved from https://www.jhs.gov.cn/293.news.detail.dhtml?news_id=67082

Wang, D. B., Li, J., Lu, J. X., & Han, D. M. (2019). Current situation and countermeasures of Medical Consortium in China. *China Hospital, 23*(1), 47-48.

Xishuangbanna Health and Family Planning Commission. (2018). *Open report on department accounts of Institute of Ethnic Medicine of Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture in 2017.* Retrieved from https://wjw.xsbn.gov.cn/331.news.detail.dhtml?news_id=7042

Xue, L.Y. (2016). Occupational health status of clinical nurses and suggestions for improvement. *Human health, 12*(14), 14-14.s

Yang, Z., X. (2013). Investigation on organizational support of nurses with different personnel relations in Tai an General Hospital. *Chinese Nursing Research, 27*(9), 2848-2849.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis.* New York: Library of Congress.

Zhang, H. (2017). Analysis on the status quo and influencing factors of nurses' job empowerment and turnover intention in county hospitals. *Anhui Medical and Pharmaceutical Journal, 22*(3), 564-568.

Zhang, H.M., Chen, Y., & Yuan, B. (2009). Nurses' occupational stress and countermeasures. *Chinese Journal of Misdiagnosis, 9*(32), 7895-7896.

โยคะ: ศาสตร์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์
Yoga: Alternative science for caring pregnancy women

เยาวเรศ สมทรัพย์ * Yaowares Somsap *

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์โดยพยาบาลผดุงครรภ์ มีเป้าหมายให้สตรีตั้งครรภ์มีสุขภาวะแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรง โดยนำศาสตร์โยคะมาประยุกต์ใช้ภายใต้แนวคิดโยคะสูตร ที่สอนการมีทัศนคติทางบวก บริหารร่างกายด้วยอาสนะ การควบคุมลมหายใจ และการผ่อนคลายกายและใจ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เผชิญกับทุกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมั่นใจ ดำรงความเป็นปกติของชีวิตไว้ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทความนี้มีวัตถุประสงค์คือ นำเสนอความเป็นมาของโยคะ แนวคิดของโยคะสูตร แนวทางการนำโยคะมาใช้ดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ประโยชน์ของโยคะต่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการประยุกต์ใช้โยคะกับสตรีตั้งครรภ์ และปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการนำโยคะมาประยุกต์ใช้ในสตรีตั้งครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์ควรสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ฝึกโยคะ เนื่องจากการฝึกโยคะเป็นวิธีธรรมชาติ มีความปลอดภัยสูง ช่วยสตรีตั้งครรภ์บรรลุสุขภาพองค์รวม และการพัฒนาจิต

คำสำคัญ: *โยคะ, ศาสตร์ทางเลือก, การดูแลสุขภาพ, สตรีตั้งครรภ์*

Abstract

The caring pregnancy women by the midwife target on the holistic health of body, mind, emotion, social and spiritual and also make the baby healthy. By using Yoga techniques apply for the caring pregnancy women, under the Yoga formula teach the positive attitude, exercise the body with Asana, control the respiration and their mind. That can help pregnancy women facing the development during pregnancy confidently, maintain wellness and quality of life.

This article has the objective in introducing the background of Yoga and also the concept the principle “Yoga sutra”, the guidelines of caring pregnancy women, the useful for their health and babies, By using the role of the midwife apply the Yoga with the pregnancy women and concern the factors for using.

The midwife should support the pregnancy women practicing yoga because of this is the natural ways, high potency and help them in the holistic health.

* *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่*

* *Associate Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, ysomsap@gmail.com*

วันที่รับบทความ 18 ธันวาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 1 มีนาคม 2564 วันตอบรับบทความ 15 มีนาคม 2564

Keywords: *Yoga, Alternative science, Health care, Pregnancy women*

บทนำ

สตรีจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างดีที่สุดเมื่อตั้งครรภ์ และให้กำเนิดชีวิตใหม่ เนื่องจากช่วงเวลานี้ทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลง ที่ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาอย่างมาก (McKinney, Jame, Murray, Nelson, & Ashwill, 2018) ซึ่งการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่เน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก (Somsap, 2010) ทำให้พยาบาลผดุงครรภ์ต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเติมเต็มการดูแลสุขภาพ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาวะองค์รวม โดยใช้ศาสตร์ทางเลือก ได้แก่ นวดโยคะ สุคนธบำบัด ดนตรีบำบัด การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และอื่นๆ (Hall & Jolly, 2014) ควบคู่ไปกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล แต่ศาสตร์ทางเลือกที่มีความโดดเด่นคือโยคะ เนื่องจากตามหลักฐานเชิงประจักษ์โยคะได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูง และมีการศึกษาวิจัยในทางสูติศาสตร์มาก (Field, 2016) โดยงานวิจัยโยคะในสตรีตั้งครรภ์ปรากฏครั้งแรกเมื่อปี คศ. 2005 (Narendran, Nagarathna, Narendran, Gunasheela, & Nagendra, 2005; Narendran, Nagarathna, Gunasheela, & Nagendra, 2005) และยังคงมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ผู้เขียนพบจุดเด่นของการฝึกโยคะในการสร้างเสริมพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหลังรับการสอน โดยไม่ได้ใช้อุปกรณ์ใดเพิ่มเติม นอกจากใช้ร่างกายและลมหายใจตนเองเท่านั้น จึงประหยัดค่าใช้จ่าย มีความปลอดภัย ไม่ต้องการพื้นที่ในการฝึกมาก และมีประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์ทุกมิติสุขภาพที่รวมการพัฒนาจิต และช่วยทารกในครรภ์แข็งแรง (Somsap, Chunuan, Hanprasertpong, & Ongplanupat, 2011) ทั้งนี้โยคะเป็นศาสตร์ทางเลือก กลุ่มของการบำบัดแบบใจประสานกาย (mind-body intervention) ที่ระบุไว้ใน National center for complementary and alternative medicine ปี คศ. 2000 (Institute of U.S. medicine, 2005)

การฝึกโยคะช่วงตั้งครรภ์ถือเป็นช่วงเวลาที่ดี เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์เปิดใจกับการเรียนรู้ใหม่ (Somsap et al. 2011) และมีความตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยทารกในครรภ์เป็นแรงบันดาลใจให้สตรีตั้งครรภ์ดูแลสุขภาพมากขึ้น ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน (Atkinson, Shaw, & French, 2016) รวมทั้งมีการปฏิบัติทางจิตด้วยมีความเชื่อว่าจิตที่เป็นสุข ย่อมส่งผลดีต่อทารกในครรภ์ การฝึกโยคะมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ก้าวผ่านช่วงชีวิตขณะตั้งครรภ์ได้อย่างปกติสุข ดำรงคุณภาพชีวิตที่ดี และให้กำเนิดชีวิตใหม่ที่มีคุณภาพ ดังนั้นจึงมีสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกจำนวนมากที่ฝึกโยคะ (Babbar, Porter, Williams, 2017) ในการประยุกต์ใช้โยคะเพื่อดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ควรเรียนรู้และทำความเข้าใจอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับความเป็นมาของโยคะ และโยคะสูตร เพื่อนำสู่การปฏิบัติจนเกิดประโยชน์สูงสุดตามเจตนารมณ์ของศาสตร์

ความเป็นมาของโยคะ

โยคะกำเนิดที่อินเดียเมื่อหลายพันปีมาแล้ว เป็นภูมิปัญญาที่รวมทั้งศาสตร์ ศิลป์ แนวคิดเชิงปรัชญา และวิถีปฏิบัติที่มีความเป็นสากล (Gharote, 2005) มาจากรากศัพท์ว่า *ยุช* หรือ *ยุจ* (yuj) หมายถึง *การรวมกัน การผูกมัด การประกอบกันเป็นองค์รวม* หรือหมายถึง *การบรรลุในสิ่งที่ไม่สามารถบรรลุมาก่อน* (Desikachar, 2007) ต่อมาโยคะถูกเผยแพร่ไปทั่วโลก และนำไปใช้กับผู้คนทุกความเชื่อ ทุกวัฒนธรรม ทุกศาสนา และทุกภาวะสุขภาพ ทั้งยามปกติหรือเจ็บป่วย ทำให้โยคะมีการแตกแขนงออกเป็นสาขามากมายภายใต้ชื่อเรียกต่างกันไป แต่แก่นของโยคะมีเพียงหนึ่งเท่านั้น คือโยคะสูตร (Iyengar, 2006)

โยคะสูตร

โยคะสูตรเป็นหนังสือเล่มเล็ก ที่ถูกรวบรวมและเรียบเรียงไว้เมื่อปี พ.ศ. 200-300 โดยมหาฤษีปตัญชลี เนื้อหาประกอบด้วยประโยคสั้นๆ เพื่อให้จดจำง่าย เรียกว่า *"โศลก"* รวม 196 โศลก (Desikachar, 2007) ซึ่งบอกแนวทางการปฏิบัติไว้ 8 ประการ คือมรรค 8 (eight limbs of yoga) หรืออัษฎางคโยคะ (Astanga yoga) เพื่อนำผู้ปฏิบัติมุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดของโยคะ คือ *ดับการปรุงแต่งของจิต* (Iyengar, 2006) เนื้อหาของโยคะสูตร (Kasetsomboon & Somsap, 2004; Desikachar, 2007) สรุปได้ดังนี้

1. ยามะ (yama) หมายถึง ศีลของโยคะ ช่วยผู้ฝึกเกิดการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง มี 5 ข้อย่อย คือ *อหิงสา* (ahimsa) การไม่ทำร้าย หรือเบียดเบียนกัน *สัตยา* (satya) การพูดความจริงที่ก่อให้เกิดประโยชน์และความสุข *อัสเตยะ* (asteya) การไม่นำทรัพย์ หรือสมบัติของคนอื่นมาเป็นของตน *พรหมจริยา* (brahmacharya) การมีความประพฤติดีงามทั้งกาย วาจา ใจ และ*อปริคหะ* (aparigraha) คือ การดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ ใช้ชีวิตเหมาะสม

2. นิยามะ (niyama) คือ วินัยในตนเองที่ควรปฏิบัติ หรือทัศนคติต่อตนเอง 5 ประการ มี 5 ข้อย่อย ได้แก่ *เศาจะ* (saucha) การรักษาความสะอาดของกาย วาจา และใจ *สันโดษ* (santosa) ความยินดีในสิ่งที่ตนเองมีหรือตนเองเป็นหรือตนเองได้รับ *ตบะ* (tapas) ความอดทนต่อความยากลำบาก *สวัสดิยายะ* (svadhyaya) ความขยันพากเพียรศึกษาหาความรู้ และ*อิศวรประนิธาน* (isvarapranidhana) การยอมรับ ความศรัทธา และการศิโรราบ

3. อาสนะ (asana) คือ ท่าทาง หรือการทรงตัวที่มีสติ รู้ตัว ใช้แรงแต่น้อย ไม่ฝืน และปฏิบัติตามความสามารถ อาสนะประกอบด้วย 2 คุณลักษณะ คือความนิ่ง และความสุขของกายและจิต

4. ปราณยามะ (pranayama) คือ การควบคุมลมหายใจ

5. ปรัตยาหาระ (pratyahara) คือ การถอนตนเองจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบทางประสาทสัมผัสทั้งหก คือ หู ตา จมูก ลิ้น การสัมผัส และจิต

6. ธารณะ (dharana) คือ จิตจดจ่อและแน่วแน่เป็นสภาวะต่อเนื่องจากการฝึกปรัตยาหาระ

7. ญาณ หรือ ธยาณ (yana) เป็นปัญญาที่เกิดขึ้นจากการตระหนักรู้ตามความเป็นจริง โดยไม่ใช้เหตุผลหรือความคิดใดๆ

8. สมาธิ (smadhi) หรือการประสานสอดคล้องเป็นหนึ่งเดียวกัน กับสรรพสิ่งที่ชีวิตตนได้เข้าไปเกี่ยวข้อง

บทความนี้ใช้โยคะสูตรตามตำราดั้งเดิม เป็นแนวทางดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด แต่เนื่องจากปัจจุบันมีผู้คนจำนวนมากเข้าใจว่าโยคะ คืออาสนะ เพราะมีหนังสือ สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และการศึกษาวิจัย ที่ให้ความสำคัญและเน้นอาสนะเป็นหลัก (Somsap, 2008) แต่สำหรับโยคะสูตรจะใช้แนวทางฝึก 8 ประการ โดยฝึก 4 ข้อแรกคือ ยามะ นิยามะ อาสนะ และปราณยามะไปพร้อมๆ กัน เมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะเกิดผลใน 4 ข้อหลังของโยคะสูตรตามมา คือ ปรัตยาหาระ ธารณะ ญาณ จนถึงสมาธิ ซึ่งเป็นการพัฒนาจิตให้ยกระดับสูงขึ้น (Somsap, 2011)

แนวทางการนำโยคะมาใช้ดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์

การนำโยคะมาดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์มีขั้นตอนดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูล หรือประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ ด้วยการสอบถามข้อมูลความรู้และความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับโยคะ ประสบการณ์การสำรวจและการทำความเข้าใจตนเอง การฝึกบริหารร่างกาย การฝึกหายใจ การพัฒนาจิต ประเมินลักษณะทางกายภาพ และจิตอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์ สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ตรวจโครงสร้างพื้นฐานทางร่างกายสตรีตั้งครรภ์ว่าแข็งแรง หรืออ่อนแอ มีข้อจำกัดใดบ้าง มีการวางท่วงท่าและอิริยาบถนั่ง นอน ยืนถูกต้องหรือไม่ แบบแผนชีวิตในการทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร และการขับถ่ายเป็นอย่างไร มีความเจ็บปวดตำแหน่งใด

โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาจัดรูปแบบการฝึกโยคะให้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์แต่ละคน

2. สอนความรู้ภาคทฤษฎี โดยให้ข้อมูลเรื่องความหมาย ความเป็นมา เป้าหมายของโยคะ และผลของโยคะต่อภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้มีพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้อง

3. สอนการฝึกโยคะตามแนวทางโยคะสูตร ประกอบด้วยการปรับทัศนคติทางบวกด้วย ยามะ นิยามะ ฝึกอาสนะเพื่อบริหารกายและจิต ฝึกปราณยามะ หรือการควบคุมลมหายใจเพื่อเพิ่มพลังชีวิต และสอนการผ่อนคลายกายและใจเพื่อรักษาสมดุลชีวิต (Kasetsomboon & Somsap, 2004; Somsap, 2008; Somsap, 2010; Iyengar, 2006) ดังนี้

3.1 การปรับทัศนคติทางบวกด้วยยามะและนิยามะ โดยแนะนำสตรีตั้งครรภ์ให้มีทัศนคติหรือมุมมองในการลดความคิดและความรู้สึกด้านลบที่ทำให้สูญเสียพลังชีวิต และสร้างเสริมพลังอำนาจด้วยการคิดทางบวก ตัวอย่างคือ ฝึกสตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าการตั้งครรภ์คือความสุข ไม่ว่าจะตั้งครรภ์พึงประสงค์ หรือไม่พึงประสงค์ก็ตาม เพราะมารดาจะมีบุตรเป็นเพื่อนชีวิตเพิ่มอีกหนึ่งคน และหากตั้งใจมีบุตร ยิ่งเป็นเรื่องน่ายินดี ที่บุตรมาทำให้ชีวิตครอบครัวสมบูรณ์ยิ่งขึ้น หรือคิดทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงร่างกายส่งผลเกิดความไม่สุขสบายเป็นไปเพื่อรองรับทารกในครรภ์ได้เจริญเติบโตได้ดี ให้สตรีตั้งครรภ์บอกตัวเองว่าตนพร้อมสำหรับการเป็นมารดา ต้องเตรียมร่างกายให้แข็งแรง รักษาจิตใจให้ผ่องใส บริสุทธิ์ และสงบเพื่อกำเนิดชีวิตใหม่ ซึ่งสภาวะตั้งครรภ์เป็นบทพิสูจน์การมียามะและนิยามะ หลายข้อ โดยยามะ ได้แก่ *อหิงสา* ที่สอนให้ใช้ชีวิตไม่เบียดเบียนกัน ทั้งของมารดากับบุตร ของบิดากับมารดา และของบิดากับบุตร เริ่มจากไม่เบียดเบียนตนเองขณะฝึกอาสนะหรือปราณยามะ ที่ต้องมีสติ ไม่ฝืนปฏิบัติจนเกินความพอดีของร่างกาย เพราะอาจบาดเจ็บได้ *สัตยา* สตรีตั้งครรภ์ควรสำรวมในการพูด พูดแต่ความจริงที่เป็นประโยชน์และก่อให้เกิดความสุขเท่านั้น *อัสเตยะ* การไม่ละเมิดทรัพย์สินทางวัตถุหรือทางปัญญาของผู้อื่น *พรหมจริยา* ให้สตรีตั้งครรภ์ประพฤติดีงามทั้งทางกาย วาจา และใจ *อปริคหะ* คือใช้ชีวิตเหมาะสมกับช่วงการตั้งครรภ์ สำหรับนิยามะ ได้แก่ *สันโดษ* จะช่วยสตรีตั้งครรภ์พอใจและยอมรับกับรูปร่าง หน้าตา และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง *ตบะ* มีความอดทนต่อความทุกข์ ยามเผชิญความไม่สุขสบายทั้งกายใจหรือความปวด ได้แก่ ปวดไหล่ หลัง เอว ขา ท้องน้อย และกระเบนเหน็บ จนถึงความปวดรุนแรงที่สุดจากการคลอดธรรมชาติ การพัฒนาตบะจะเข้มข้นมากขึ้นตามอายุครรภ์ *สวัสดิยายะ* คือ การขวนขวายแสวงหาข้อมูลความรู้จากแหล่งต่างๆ และนำข้อมูลมาใช้ดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ให้ดีที่สุด ที่สำคัญอีกประการคือ ได้สืบค้นเข้าไปภายในตัวเอง ซึ่งเป็นการพัฒนาจิตวิญญาณ เพราะเมื่อใดก็ตามที่สตรีตั้งครรภ์เกิดการตระหนักรู้ว่า สภาวะตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้ชีวิต ไม่ได้ปล่อยชีวิตเลื่อนไหลไปตามความไม่สุขสบาย แต่เพียรพัฒนาความตั้งมั่นของจิตไม่ให้หวั่นไหวไปกับทุกสิ่งที่เผชิญ ถือเป็นการยอมศิโรราบอย่างสิ้นเชิง ซึ่งตรงกับข้ออิศวรประณิธาน ทำให้ความทุกข์ถูกปลดปล่อย รับรู้ความสุข และอิสรภาพตลอดการตั้งครรภ์ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติยามะ หรือนิยามะได้ทุกเวลา

3.2 การฝึกอาสนะ ให้สตรีตั้งครรภ์ฝึกชุดท่าอาสนะที่รวมท่านั่ง นอน และยืน ดังภาพ 1-16 ซึ่งอาสนะช่วยบริหารกล้ามเนื้อตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า การฝึกเริ่มต้นจากการเข้าสู่ท่า ค้างไว้ในท่า และออกจากท่า ในลักษณะยืดเหยียดแบบช้าๆ กล้ามเนื้อจึงยืดและหดกลับ เลือดดำถูกดึงกลับไปฟอกที่ปอดและหัวใจมากขึ้น มีการบีบและคลายเส้นเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตดี การยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างช้าๆ และมีสติตามรู้ตลอดเวลา ทำให้กรดแลคติกไม่คั่ง จึงไม่มีอาการเมื่อยล้าหลังฝึก (Kongkanoy & Sirikant, 2011) ทำให้กระดูกสันหลังแข็งแรง ยืดหยุ่น เนื่องจากได้เคลื่อนไหว 4 ทิศทางคือ ก้มไปข้างหน้า แอ่นไปด้านหลัง เอียงไปด้านข้าง และบิดหมุน ซึ่งโยคะให้ความสำคัญกับกระดูกสันหลังว่าเป็นเหมือนเสาหลัก

ของบ้าน หากมีความแข็งแรงจะส่งผลให้โครงสร้าง และทุกระบบของร่างกายทำงานสมดุล (Somsap et al. 2011) การฝึกอาสนะยังช่วยให้หลังตรง ไม่โค้งงอ ลดอาการปวดที่เกิดจากการคดงอของกระดูกและเส้นเอ็น เช่น ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเอว เป็นต้น (Wadhwa, Alghadir, & Iqbal, 2020)

อาสนะเป็นกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ที่ใช้ออกซิเจนเผาผลาญพลังงานด้วยความแรงปานกลาง (Nayak & Shankar, 2004) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ควรใช้แรงน้อยที่สุด มีความรู้ตัวทั่วพร้อมเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและมีสติ จดจ่อกับท่าและลมหายใจ จิตใจสบาย ซึ่งอาสนะแตกต่างจากการออกกำลังกาย (Yoga institution, 2019) และมีประสิทธิภาพสูงมากกว่าการเดิน หรือการบริหารร่างกายตามมาตรฐานสำหรับสตรีตั้งครรภ์ (Qinxian, Wu, Zhou, Dunlop, & Chen, 2015) จุดเน้นของอาสนะคือ มีความนิ่งของกาย และมีความสุขของใจ สำหรับการฝึกชุดท่าอาสนะในระยะตั้งครรภ์ ให้ปฏิบัติครั้งละ 30-40 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ติดต่อกัน 8-12 สัปดาห์ ตัวอย่างชุดท่าโยคะอาสนะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย คือ (Somsap, 2008; Somsap, 2010; Narendran et al., 2005; Nagarathna, Gunasheela, & Nagendra, 2005;)

ภาพที่ 1
ท่าปัทมาสะนะ (padmasana)
ท่าดอกบัว

ภาพที่ 2.1-2.2
ท่าพรหมมุทรา (bhramma mudra)
ท่าพรหม 4 หน้า

ภาพที่ 3
ท่าปวัตตะสนะ (parvatasana)
ท่าเหยียดหลัง

ภาพที่ 4
ท่าบาดราสนะ (bhadrasana)
ท่าผีเสื้อ

ภาพที่ 5
ท่าโกมุคราสะนะ (gomukhasana)
ท่าเขาควาย

ภาพที่ 6
ท่านิสบันดาบาวา (nispandabhava)
ท่านั่งพัก

ภาพที่ 7.1-7.2
ท่ามรรชราสะนะ (marjaraiasana)
ท่าแมว (มี 2 ท่า)

ภาพที่ 8
ท่าอุตกาสะนะ (utkasana)
ท่าเก้าอี้

ภาพที่ 9
ท่าวัชราสะนะ (vajrasana)
ท่าเพชร

ภาพที่ 10
ท่าฑาลาสะนะ (talasana)
ท่าภูเขา

ภาพที่ 11
ท่าจักราสะนะ (cakrasana)
ท่ากงล้อ

ภาพที่ 12
ท่าตรีโกณาสนะ (trikonasana)
ท่าสามเหลี่ยม

ภาพที่ 13
ท่าวริกษาสะนะ (vrikshasan)
ท่าต้นไม้

ภาพที่ 14
ท่ายาสติกะสะนะ (yastikasana)
ท่ายืดตัว

ภาพที่ 15
ท่าชวาสะนะ (shavasana)
ท่าศพ

Source. From Yoga: The wellness for pregnant women by Somsap, Y. 2008, Allied press limited. (pp.50-60)

ชุดท่าอาสนะที่นำเสนอนี้สำหรับสตรีตั้งครรภ์ปกติ แต่กรณีสตรีมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ต้องปรับการฝึกโยคะอาสนะให้สอดคล้องกับสภาวะของโรค เช่น หากมีภาวะความดันโลหิตสูง ควรเลือกโยคะอาสนะท่าที่ศีรษะไม่ต่ำกว่าลำตัว หรือท่าที่ไม่กดเส้นเลือดใหญ่ รวมถึงการเข้าสู่ท่า คงอยู่ในท่า และปลี่ยนท่าต้องทำช้าๆ มีสติตามรู้ตลอด หรือหากมีอาการปวดหลังส่วนล่าง ให้เพิ่มจำนวนครั้งของการทำท่าแมว หรือมีปัญหากระดูกสันหลังควรเลือกฝึกท่าที่ไม่กดหรือขยายกระดูกสันหลัง เป็นต้น (Somsap, 2008) ซึ่งการการออกแบบการฝึกโยคะและชุดท่าโยคะอาสนะ ต้องประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์อย่างละเอียด รอบคอบ และรัดกุมตามข้อ 1 เพื่อจัดแนวทางฝึกให้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์แต่ละคน เพราะผู้เขียนมีความเห็นว่าไม่มีโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ได้กับสตรีตั้งครรภ์ทุกคน

3.3 การฝึกปราณยามะ หรือการควบคุมลมหายใจ การฝึกปราณยามะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น มีผลให้คอร์ติซอลลดระดับลง (Babbar et al. 2016) ออกซิเจนไปเลี้ยงระบบต่างๆ ของร่างกายสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ได้เต็มที่ ซึ่งการควบคุมลมหายใจแบบโยคะ ช่วยให้เกิดคลื่นสมองแบบแกมม่า เทียบเคียงได้กับการอยู่ในสภาวะสมาธิ (Vialatte, Bakardjian, Prasad, & Cichocki, 2009) และกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมกระบวนการรู้คิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม และการแสดงออกทางร่างกาย

การฝึกปราณยามะ เริ่มจากท่านั่งที่ให้ช่วงขาและเชิงกรานมั่นคง คือ ท่าดอกบัว (ดังภาพ 1) ให้วางมือบนเข่า หรือหงายฝ่ามือวางบนตัก หลังตรง ยืดคอ ศีรษะตรง ไหล่ตั้งตรงและผ่อนคลาย เริ่มเฝ้ามองจังหวะของลมหายใจตามธรรมชาติโดยไม่ควบคุม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการหายใจเข้าและออกแบบธรรมชาติได้แล้ว จึงเริ่มฝึกควบคุมลมหายใจด้วยการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าอก กล้ามเนื้อไหล่ เรียกว่าการหายใจแบบเต็ม หรือการหายใจแบบโยคี จากนั้นจึงฝึกการควบคุมลมหายใจด้วยการควบคุมอัตราส่วนของลมหายใจ (Somsap, 2008) ซึ่งการฝึกควบคุมลมหายใจในระดับต้น สตรีตั้งครรภ์ควรผ่านการฝึกโยคะอาสนะมาก่อนเพื่อให้มีความพร้อมทางร่างกาย และอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากครูมีประสบการณ์ เนื่องจากการควบคุมลมหายใจ ส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ หากฝึกไม่ถูกต้องอาจเกิดอันตรายได้ ดังนั้นต้องฝึกทีละขั้นด้วยความระมัดระวัง และต้องหยุดทันทีที่รู้สึกอึดอัดมาก ซึ่งการฝึกปราณยามะระบุในตำราว่า ฝึกไม่เกินวันละ 4 เวลาคือ เช้า เที่ยง เย็น และเที่ยงคืน (Gharote & Devnath, 2006)

3.4. การฝึกผ่อนคลายกายและจิตใจ สตรีตั้งครรภ์ควรเรียนรู้วิธีผ่อนคลายกายและจิตใจจนเป็นกิจวัตร เพื่อรักษาสมดุลและพลังปราณในร่างกาย เพราะพลังปราณหรือพลังชีวิตจะเลื่อนไหลดีเมื่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อยู่ในสภาวะผ่อนคลาย โยคะให้คุณค่ากับการผ่อนคลายมาก จึงสอนวิธีฝึกไว้ในท่าอาสนะ ในอิริยาบถ ในการหายใจ และการฝึกจิตอย่างชัดเจน ซึ่งการมีทักษะผ่อนคลายช่วยเพิ่มพลังชีวิตให้สตรีตั้งครรภ์ ได้นำไปใช้ยามเหนื่อยล้าทั้งกายและใจ โดยการผ่อนคลายกายและจิตตามแนวทางโยคะกระทำได้ทุกขณะ ใช้เทคนิคการผ่อนคลายอย่างเร็วและการผ่อนคลายอย่างลึก มีรายละเอียดคือ (Somsap, 2010)

3.4.1 เทคนิคการผ่อนคลายอย่างเร็วด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ (contract and relax technique) ใช้ท่านอนหงายในช่วงไตรมาส 1 หรือ 2 แต่หากอยู่ปลายไตรมาส 2 หรือไตรมาสที่ 3 ต้องพิจารณาปรับจากท่านอนเป็นท่านั่ง การเกร็งและคลายทำในกล้ามเนื้อส่วนสำคัญของร่างกาย 9 ส่วน คือ นิ้วเท้า น่อง เข่า สะโพก ช่องท้อง แขน ไหล่ คอ และใบหน้า โดยทำควบคู่ไปกับการหายใจคือ เมื่อเกร็งกล้ามเนื้อให้หายใจเข้า เมื่อคลายกล้ามเนื้อให้หายใจออก ลำดับการเกร็งและคลายเริ่มที่นิ้วเท้า แล้วไล่ขึ้นไปเรื่อยๆ จนถึงกล้ามเนื้อใบหน้า เทคนิคนี้ให้เกร็งเฉพาะส่วน

กรณีสตรีตั้งครรภ์มีการหดรัดตัวของมดลูก หรือเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ต้องเว้นการเกร็งและคลายที่บริเวณสะโพก และช่องท้อง แต่สตรีตั้งครรภ์ปกติขณะฝึกให้ติดตามสังเกตว่ามดลูกหดรัดตัวหรือไม่ ถ้ามีต้องเว้นบริเวณสะโพกและช่องท้อง

3.4.2 เทคนิคการผ่อนคลายอย่างลึก เป็นท่าผ่อนคลายร่างกายและจิตใจอย่างสมบูรณ์ ปฏิบัติหลังสิ้นสุดการฝึกชุดท่าอาสนะทุกครั้ง ซึ่งการผ่อนคลายอย่างลึกลดการใช้ออกซิเจนและลดอัตราการหายใจได้มากกว่าการผ่อนคลายทั่วไป (Malathi & Damodaran, 1999) เทคนิคการผ่อนคลายอย่างลึก เริ่มจากให้สตรีตั้งครรภ์นอนในท่าศพหรือท่าชวาสะนะ (ภาพ 16) แต่หากนอนหงายแล้วอึดอัด ซึ่งเกิดเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ให้ใช้หมอนหนุนที่คอ และบั้นเอวสตรีตั้งครรภ์ เพื่อเลี่ยงการกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ หลังนอนหงายให้แยกขาห่างจากลำตัวเล็กน้อย ปลายเท้าซื้อออกด้านข้าง วางแขนห่างลำตัวเล็กน้อย หลับตาทั้งสองข้าง เริ่มผ่อนคลายร่างกายทีละส่วนตั้งแต่ปลายนิ้วเท้าเคลื่อนขึ้นไปเรื่อยๆ จนถึงศีรษะ ใช้จิตตามรู้กับกล้ามเนื้อ อวัยวะภายใน (กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ตับอ่อน ถุงน้ำดี ไต เป็นต้น) และอวัยวะภายนอก (ปลายเท้า เท้า หน้าแข้ง น่อง เป็นต้น) (Somsap, 2008; Somsap et al., 2011; Somsap et al.,2016; Nuntakwang, Somsap, Intakaew, 2020)

4. การติดตามประเมินผลการฝึก และปรับเปลี่ยนการฝึกจนลงตัวกับสตรีตั้งครรภ์

ประโยชน์ของการฝึกโยคะต่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และสุขภาพทารกในครรภ์

การฝึกโยคะโดยใช้โยคะสูตรเป็นแนวทางจะฝึกทั้งการปรับทัศนคติทางบวก การบริหารร่างกายใช้ปราณยามะ และผ่อนคลายกายและใจ มีส่วนเกื้อหนุนกันในการเกิดกลไกต่อระบบประสาทอัตโนมัติ คลื่นสมอง ความแข็งแรงยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การไหลเวียนโลหิต การผ่อนคลายอย่างลึก จึงเพิ่มพลังชีวิต ทำให้จิตพบความสงบ จึงเกิดประโยชน์ต่อสุขภาวะองค์รวมของสตรีตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ดังนี้

ประโยชน์ของการฝึกโยคะต่อสุขภาพกายสตรีตั้งครรภ์

ลดความไม่สุขสบาย ความเหนื่อยล้าทางกาย (Chuntharapat, Petpichetchian, & Hatthakit, 2008A; Kusaka, Matsuzaki, Shiraishi, & Haruna, 2016) ลดอาการบวมที่ข้อเท้า เส้นเลือดขอด ปวดศีรษะ อาการปวดหลัง (Chuntharapat et al., 2008A; Sun, Hung, Chang, & Kuo, 2010) บำบัดอาการปวดหลังส่วนล่าง (Wang et al. 2005) คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (Babbar et al. 2016) ลดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และมีแนวโน้มลดการผ่าตัด (Narendran et al. 2005) มีความสุขสบายในระยะตั้งครรภ์ ระยะรอคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด รับรู้ความปวดระหว่างรอคลอดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝึกโยคะ และลดเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด (Chuntharapat, Petpichetchian, & Hatthakit, 2008B) ลดอาการเจ็บครรภ์คลอด ระยะเวลาคลอด และอัตราการผ่าตัดคลอด (Ostrovsky, 2018)

ประโยชน์ของโยคะต่อสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์

ช่วยลดความวิตกกังวลได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่ฝึก (Ningrum, Budihastuti, & Prasetya, 2019) ลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนและรักษาตัวในโรงพยาบาล (Gallagher, Kring, & Whitley, 2020) ลดความเครียดทั้งในสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Satyapriya, Nagendra, Nagarathna, & Padmalatha, 2010; Kusaka, Matsuzaki, Shiraishi, & Haruna, 2016) ทำให้มีความรู้สึกทางบวกมากขึ้น ลดความรู้สึกโกรธ ไม่เป็นมิตร ความเหนื่อยล้าทางใจ ความรู้สึกสับสน ป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ และลดความกลัวการคลอด (Kusaka, Matsuzaki, Shiraishi, & Haruna, 2016)

ประโยชน์ของโยคะต่อด้านสังคมของสตรีตั้งครรภ์

ทำให้สตรีตั้งครรภ์มั่นใจในตนเอง แม้ว่ารูปร่างภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปมาก และผิวหนังที่เปลี่ยนจากผลของฮอร์โมน แต่สตรีตั้งครรภ์ยังมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนเช่นปกติ ดังพบในสตรีตั้งครรภ์ชาวตะวันตกที่ฝึกโยคะ ที่นอกจากโยคะสร้างเสริมความแข็งแรงทางกาย ยังทำให้จิตใจเข้มแข็ง และมีสังคมที่ดี (Babbar, Parks-Savage, & Chauhan,2012) อย่างไรก็ตามการศึกษาในมิติสังคมตามแนวทางโยคะสูตรยังมีน้อย

ประโยชน์ของโยคะต่อสุขภาพด้านจิตวิญญาณของสตรีตั้งครรภ์

การฝึกโยคะตามแนวทางโยคะสูตร 4 ข้อแรก ส่งผลให้ความคิดสงบ จิตใจไม่ฟุ้งซ่านเพราะมีที่ยึดไว้กับร่างกายและลมหายใจ ซึ่งการผ่อนคลายจิตใจและร่างกายอย่างสมบูรณ์ เหนี่ยวนำสู่ความสงบและสมาธิ เกิดปัญญาเข้าใจทุกสิ่งที่เกิดขึ้นตรงตามความจริง อันเป็นการพัฒนาจิตวิญญาณ ซึ่งงานวิจัยโยคะด้านจิตวิญญาณของสตรีตั้งครรภ์แทบไม่ปรากฏ มีเพียงการศึกษาว่าการฝึกโยคะทำให้เกิดความผูกพันเชื่อมโยงกับทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด และมุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดของโยคะคือ การพัฒนาจิตในระดับที่สูงขึ้น (Raskin & Dale, 2004)

ประโยชน์ของการฝึกโยคะต่อสุขภาพทารกในครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ที่ฝึกอาสนะ ปราณยามะ และสมาธิทุกวันๆ ละ 1 ชั่วโมง ตั้งแต่อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ โดยปฏิบัติตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการถึงระยะคลอด ผลพบว่าน้ำหนักตัวทารกแรกคลอดในสตรีกลุ่มที่ปฏิบัติโยคะสูงกว่าสตรีที่ออกกำลังโดยใช้การเดินอย่างมีนัยสำคัญ มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง น้ำหนักทารกต่ำกว่าอายุครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด เกิดขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ฝึกโยคะเมื่อศึกษาเพื่อยืนยันซ้ำ ได้ผลไม่ต่างกันคือ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มฝึกโยคะ คลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม ($p<.01$) มีอัตราคลอดทารกก่อนกำหนดน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้ฝึกโยคะ ($p <.001$) (Narendra et al. 2005)

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการประยุกต์ใช้โยคะกับสตรีตั้งครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์ที่นำโยคะมาดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ลำดับแรกต้องสำรวจเป้าหมายชีวิต พิจารณาความรู้สึก ความพึงพอใจ ความคิด และมีการวิเคราะห์หาเหตุผลในการกระทำของตนเอง จากความคิด คำพูดจนกระจ่างแจ้ง เพื่อทำความเข้าใจจิตวิญญาณที่เป็นเบื้องลึกของชีวิตตน จากนั้นจึงทดลองฝึกโยคะเพื่อพิสูจน์ผลลัพธ์ เป็นการวิจัยชีวิต ซึ่งความรู้และความเข้าใจซึ่งเกิดจากการใช้ชีวิตเป็นอุปกรณ์การฝึกถือเป็นปัญญาระดับสูงเนื่องจากรู้ได้ด้วยตนเอง จึงง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตการทำหน้าที่ด้วยความเมตตา ที่อยากให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับผลดีจากการฝึกเช่นตนเองได้รับมาก่อน เมื่อพยาบาลผดุงครรภ์นำโยคะ มาเป็นเครื่องมือดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ไปเรื่อยๆ เท่ากับได้การทำหน้าที่สืบทอดองค์ความรู้ด้านโยคะ สะท้อนคุณธรรมเรื่องความกตัญญูกตเวทีต่อครูบาอาจารย์ผู้มีพระคุณ (Kasetsomboon & Somsap, 2004)

นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ ดังนี้

1. เป็นผู้ให้ความรู้ (educator) ด้านโยคะกับสตรีตั้งครรภ์ ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ซึ่งการให้ความรู้ มีขั้นตอนดังรายละเอียดหน้า 4-9 ภายใต้ความรู้และความเชี่ยวชาญ รวมทั้งการประเมินอย่างรอบคอบ เพื่อออกแบบการฝึกให้เหมาะสม และปลอดภัยสูงสุดสำหรับสตรีตั้งครรภ์แต่ละคน

2. เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Healthcare provider) โดยสอนการฝึกโยคะตามแนวทางโยคะสูตรดังรายละเอียดที่กล่าวมา โดยรูปแบบการฝึกโยคะในสตรีตั้งครรภ์มี 4 ขั้นตอน ตามผลการ ศึกษาของ Somsap et al. (2011) คือ “ให้สตรีตั้งครรภ์เปิดใจรับกับโยคะเพื่อชีวิตใหม่” “ช่วยสตรีตั้งครรภ์ค้นหาความลง

ตัวของโยคะกับชีวิตตน” “สนับสนุนความมั่นใจสตรีตั้งครรภ์ว่ามาถูกทาง” และ “ให้แรงสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติต่อเนื่องจนคลอด” โดยใช้กลยุทธ์สร้างการยอมรับ ความไว้วางใจ การมีส่วนร่วม การสร้างเสริมพลังอำนาจ การทำกลุ่มสะท้อนคิด เป็นเพื่อนรับฟัง และให้ลูกเป็นสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ

3. เป็นผู้ให้ความร่วมมือ (Collaborator) กับสตรีตั้งครรภ์ตลอดการฝึกโยคะ เพื่อให้การฝึกโยคะมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการนำโยคะมาประยุกต์ใช้ในสตรีตั้งครรภ์

มีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง ในการนำโยคะมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ ดังนี้ (Somsap, 2010)

1. พยาบาลผดุงครรภ์ผู้สอนสตรีตั้งครรภ์ฝึกโยคะ ควรผ่านประสบการณ์ฝึกโยคะและการให้กำเนิดชีวิต เพื่อสั่งสมประสบการณ์ที่ชัดเจนมากพอ จนเข้าใจกระบวนการนี้ลึกซึ้ง เนื่องจากระหว่างฝึกโยคะ ขณะที่จิตมีความสงบ สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจเผยความรู้สึกที่เก็บกดอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกออกมา เป็นอารมณ์ต่างๆ เช่น เศร้า เสียใจ และอื่นๆ เป็นต้น อาจควบคุมตัวเองไม่ได้ พยาบาลผดุงครรภ์จะได้ช่วยเหลือทันท่วงที

2. โยคะไม่ใช่การออกกำลังกาย แต่เป็นวิถีปฏิบัติตามแนวคิดโยคะสูตร เพื่อฝึกฝนตนเองทั้งเรื่องทัศนคติ กาย จิตใจ และลมหายใจ สู่เป้าหมายคือการพัฒนาจิต จึงไม่อาจนำแนวคิดการออกกำลังกายมาใช้ และการฝึกเพื่อบรรลุตามเป้าหมายแท้จริงของโยคะต้องใช้เวลา

3. การสื่อสารสิ่งที่เป็นนามธรรมในโยคะสูตร รวมทั้งศัพท์ของโยคะมาจากภาษาสันสกฤต ทำให้เข้าใจยาก พยาบาลผดุงครรภ์ต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการอธิบาย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยโยคะ ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้ฝึกตั้งแต่อยู่ในไตรมาสแรก เนื่องจากจะได้รับผลดีต่อการเกิดภาวะสุขภาพองค์รวม และให้ผลลัพธ์การคลอดที่ดี นอกจากนี้อาจนำศาสตร์โยคะมาศึกษาผลต่อภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ในมิติสังคมและจิตวิญญาณ

บทสรุป

การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์โดยใช้โยคะสูตรเป็นวิถีปฏิบัติ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ซึมซับความหมายของโยคะที่โยงใยกับชีวิต โดยโยคะส่งเสริมสุขภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยสตรีตั้งครรภ์ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี ลดความไม่สุขสบาย ความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวการคลอด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ลดอัตราผ่าตัดคลอด สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตดี มั่นใจในการเข้าสังคม สร้างความผูกพันระหว่างมารดากับบุตร รวมทั้งป้องกันและลดจำนวนทารกแรกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อย ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ผู้นำโยคะมาดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต้องผ่านการฝึกปฏิบัติโยคะจนมีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์เต็มที่

เอกสารอ้างอิง

Atkinson, L., Shaw, R. L., & French, D. P. (2016). Is pregnancy a teachable moment for diet and physical activity behaviour change? An interpretative phenomenological analysis of the experiences of women during their first pregnancy. *British Journal of Health and Psychology, 21*(4), 842–858.

Babbar, S., Parks-Savage, A. C., & Chauhan, S. P. (2012). Yoga during pregnancy: A review. *American Journal of Perinatology, 29*(6), 459–464.

Babbar, S., Hill, J. B., Williams, K. B., Pinon, M., Chauhan, S. P., & Maulik, D. (2016). Acute fetal behavioral response to prenatal yoga: A single, blinded, randomized controlled trial (TRY yoga). *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 214*(3), 1-8.

Babbar, S., Porter, B. W., & Williams, K. B. (2017). The impact of prenatal yoga on exercise attitudes and behavior: Teachable moments from a randomized controlled trial. *International Journal of Yoga Therapy, 27*(1), 37–48.

Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., & Hatthakit, U. (2008A). Effect of a yoga programme on maternal comfort during pregnancy. *Songklanagarind Medical Journal, 26*(2), 123-133.

Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., & Hatthakit, U. (2008B). Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 14*(2), 105-115.

Desikachar, T. K. V. (2007). *The Heart of Yoga: Developing a personal practice* (2nd ed.), Bangkok: Kledthai.

Field, T. (2016). Yoga research review. *Complementary Therapeutic Clinical Practice, 24,* 145-161.

Gallagher, A., Kring, D., & Whitley, T. (2020). Effects of yoga on anxiety and depression for high risk mothers on hospital bedrest. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 38,* 101079.

Gharote, M. L. (2005). *Yogic techniques.* India: Lonavla yoga Institute.

Gharote, M. L., & Devnath, P. (2006). *Hathapradipika of svatmarama (10 chapters).* India: The Lonavla yoga Institue.

Hall, H. R., & Jolly K. (2014). Women's use of complementary and alternative medicines during pregnancy: A cross-sectional study. *Midwifery, 30*(5), 499–505.

Institute of U.S. medicine. (2005). *Complementary and alternative medicine in the United State.* Wachington D.C: The National Academic Press.

Iyengar, B. K. S. (2006). *Light on yoga.* New Delhi: Harper Collins Publisher.

Kasetsomboon, P., & Somsap, Y. (2004). *Yoga for maternity.* Songkhla: Nursing Faculty, Prince of Songkla University. (In Thai)

Kongkanoy, K. & Sirikant, S. (2011). Yoga for pregnant. In Thaneerat, T., (editor), *Yoga training during pregnancy.* Bangkok: End Design. (In Thai)

Kusaka, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., & Haruna M. (2016). Immediate stress reduction effects of yoga during pregnancy: One group pre–post test. *Women and Birth, 29*(5), 82-88.

Malathi, A., & Damodaran, A. (1999). Stress due to exams in medical students: Role of yoga. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology, 43*(2), 218-224.

McKinney, E. S., Jame, S. R., Murray, S.S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2018). *Maternal-child nursing* (5th ed.). St. Louis, Missouri: Elsvier.

Narendran, S., Nagarathna, R., Gunasheela, S., & Nagendra, H. R. (2005). Efficacy of yoga in pregnant women with abnormal Doppler study of umbilical and uterine arteries. *Journal of the Indian Medical Association, 103*(1), 12-17.

Narendran, S., Nagarathna, R., Narendran, V., Gunasheela, S., & Nagendra, H. R. (2005). Efficacy of yoga on pregnancy outcome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 11*(2), 237-244.

Nayak, N. N., & Shankar, K. (2004). Yoga: A therapeutic approach. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 15*(4), 783-798.

Ningrum, S. A., Budihastuti, U. R., Prasetya, H. (2019). Efficacy of yoga exercise to reduce anxiety in pregnancy: A meta-analysis using randomized controlled trials. *Journal of Maternal and Child Health, 4*(2), 118-125.

Nuntakwang, C., Somsap, Y., & Intakaew, B. (2020). Effect of Asana yoga on back pain in postpartum mothers. *Nursing Journal, 47*(4), 181-192. (In Thai)

Ostrovsky, D. A. (2018) Yoga in the third trimester may reduce labor pain, duration of labor, and risk of cesarean section. *Explore, 14*(2), 163-164.

Qinxian, J., Wu, Z., Zhou, L., Dunlop, J., & Chen, P. (2015). Yoga is a more effective exercise than walking or standard prenatal exercises. *American Journal of Perinatology, 32*(6), 503-514.

Raskin, A., & Dale, A. (2004). *The experience of yoga during the transition to motherhood.* Ohio: Union Institute and University.

Satyapriya, M., Nagendra, H. R., Nagarathna, R., & Padmalatha, V. (2010). Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetric, 104*(3), 218-222.

Somsap, Y. (2008). *Yoga: The wellness for pregnant women.* Songkhla: Allied Press limited. (In Thai)

Somsap, Y. (2010). *Alternative science in nursing for pregnant women.* Songkhla: BSS Digital Offset. (In Thai)

Somsap, Y., Chunuan, S., Hanprasertpong, T., & Ongplanupat, F. (2011). Developing a health promotion model for pregnancy women by using yoga. *Thai Journal of Nursing Council, 26*(special issue), 95-111. (In Thai)

Sun, Y. C., Hung, Y. C., Chang, Y., & Kuo, S. C. (2010). Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery, 26*(6), 31-36.

Vialatte, F., Bakardjian, H., Prasad, R., & Cichocki, A. (2009). EEG paroxysmal gamma waves during Bhramari Pranayama: A yoga breathing technique. *Consciousness Cognition, 18*(4), 977-988.

Wadhwa, Y., Alghadir, A.H., & Iqbal, A. (2020). Effect of antenatal exercises, including yoga, on the course of labor, delivery and pregnancy: A retrospective study. *International of Environmental and Research Public Health, 17*(15), 5274.

Wang, S. M., De Zinno, P., Fermo, L., William, K., Caldwell-Andrews, A. A., Bravemen, F., & et al. (2005). Low-back pain in pregnancy: A cross-sectional survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 11*(3), 459-464.

Yoga institution. (2019) *Asana is not an exercise.* Retrieved from http://www. thaiyogainstitute.com/ asana-not-workout/[accessed March 14, 2021].

การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานในองค์กรพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัย

Accident Prevention at Work in Professional Nursing Organization Based on Safety Culture

วชิระ	สุริยะวงค์ *	Wachira	Suriyawong *
เทียมศร	ทองสวัสดิ์ **	Tiamsorn	Tongswas **

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุจากการทำงานเป็นเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้บ่อย ที่ผ่านมาหลายคนมักคิดว่าอุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และจากลักษณะงานซึ่งมีความเสี่ยงหากต้องทำหัตถการที่สัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่ง รวมทั้งการใช้อุปกรณ์ของมีคม เช่น เข็มฉีดยา เป็นต้น การเกิดอุบัติเหตุจากการให้บริการดังกล่าวสามารถนำไปสู่การติดเชื้อได้ ซึ่งส่งกระทบหลายประการ เช่น คุณภาพชีวิตการทำงาน สภาพจิตใจ ความวิตกกังวลถึงผลลัพธ์ที่จะตามมาหลังการสัมผัสกับเชื้อโรคเหล่านั้น และมีความเสี่ยงมากขึ้นหากขาดการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน หากผู้บริหารโรงพยาบาลมีการสร้างเสริมให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักรู้ถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรมากขึ้นก็จะสามารถลดอัตราอุบัติเหตุจากการทำงานได้ ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงต้องการนำเสนอมุมมองการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานตามแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรในพยาบาลวิชาชีพ เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงานต่อตัวของพยาบาลวิชาชีพและองค์กร

คำสำคัญ: *วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร, พยาบาลวิชาชีพ, อุบัติเหตุจากการทำงาน*

Abstract

Many people believed that work-related injury unexpectedly occurred. Registered nurses require 24-hour care for the patient, and as a result of the nature of their work, there is a risk of having to perform procedures that come in contact with bloodborne pathogens, including sharp objects such as syringes. Work-related injury from such services can lead to infection. Consequently, it affects their quality of life, work, emotional state, such as anxiety from exposure to those pathogens. Moreover, there is a higher risk of getting a work-related infection without adherence

* *ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, wachira.s@cmu.ac.th*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย*

** *Associated Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College*

วันที่รับบทความ 7 พฤศจิกายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 20 มีนาคม 2562 วันตอบรับบทความ 12 มิถุนายน 2562

to the hospital's safety guidelines. From literature reviews, perceived organizational safety culture positively correlates with decreasing the incidence of work-related injuries. If hospital administrators promote professional nurses' awareness of organizational safety culture, these incidence rates will decrease. Therefore, this literature review aims to present workplace injury prevention by following the organizational safety culture concept to alleviate workplace injury's impact among registered nurses and their organization.

Keywords: *Safety culture, Occupational accident, Pecfessional nurse*

บทนำ

อุบัติเหตุจากการทำงานเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เสมอหากขาดมาตรการป้องกันที่ดี โรงพยาบาลเป็นสถานที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเสมอ แม้ทุกโรงพยาบาลจะมีแนวปฏิบัติในการดำเนินการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานไว้อย่างชัดเจน แต่ยังคงพบรายงานการเกิดอุบัติเหตุในบุคลากรที่ส่งมายังกระทรวงสาธารณสุขของหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ พบว่าจำนวนครั้งการรายงานการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้นจาก 2,000 ครั้งในปี พ.ศ. 2552 เป็น 2,250 ครั้งในปี พ.ศ.2558 และเป็นผู้ที่ประสบอุบัติเหตุในขณะทำงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัส ซึ่งส่วนใหญ่คือ อาชีพพยาบาล (Bereau of Occupational and Environmental Diseases [BOED], (2014) และยังมีอีกส่วนหนึ่งที่ขาดการรายงานการเกิดอุบัติเหตุ (Suriyawong, 2015) ทั้งนี้การกำหนดเป้าหมายอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากรทางการแพทย์นั้นจะยังไม่มีการกำหนดอัตราที่แน่ชัด แต่สำหรับการถูกเข็มทิ่มตำนั้นควรจะมีอัตราที่น้อยกว่าร้อยละ 0.57 พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และจากลักษณะงานซึ่งต้องทำหัตถการที่สัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่ง เช่น การเก็บสิ่งส่งตรวจจาก เสมหะ การฉีดยา การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพจึงจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อจากการทำงานหากปราศจากมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่ดี เป็นที่ทราบโดยทั่วกันว่าการทำงานของพยาบาลวิชาชีพสามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานด้วยการปฏิบัติตามแนวที่เรียกว่า การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อตามหลักสากล (Universal precautions) แต่ปัจจุบันยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งไม่ได้ปฏิบัติตามแนวดังกล่าวอย่างเคร่งครัด จึงยังพบรายงานการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง (Suriyawong, 2015) ทั้งนี้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรจึงเป็นตัวกำหนดวิถีและการปฏิบัติตามแนวทางให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หากองค์กรใดที่มีการรับรู้ถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสูงจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมในการทำงานที่ความปลอดภัย (Clark, 2006; Clarke, Sloane, & Aiken, 2002; Suriyawong, 2015; Suriyawong, Silapasuwan, & Tipayamongkholgul, 2017) และนำไปสู่การลดหรือป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในพยาบาลวิชาชีพ

งานของพยาบาลวิชาชีพมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโดยเฉพาะ เชื้อเอชไอวีและตับอักเสบชนิดบีที่มีอยู่ในเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยจากการเจาะเลือด การเก็บสิ่งส่งตรวจ การเปิดเส้นเพื่อให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การดูดหรือระบายเสมหะ โดยเฉพาะการถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยทิ่มแทงเป็นสาเหตุสำคัญของการได้รับเชื้อและจะเกิดขึ้นขณะสวมปลอกเข็มกลับคืน นอกจากนั้นการสัมผัสเลือด น้ำเหลืองหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังที่มีบาดแผลหรือผิวแตก มีรอยแยก หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็น

เข้าสู่เยื่อบุ เช่น กระเด็นเข้าปาก ตา จมูก ก็เป็นวิถีทางหนึ่งในการรับเชื้อเช่นเดียวกัน โดยจากลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพสามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้เป็นสองกลุ่มด้วยกัน คือ สาเหตุที่เกิดขึ้นโดยตรงกับตัวผู้ปฏิบัติงานและสาเหตุทางอ้อมหรือสนับสนุนให้เกิดอุบัติเหตุ

สาเหตุที่เกิดขึ้นโดยตรงกับตัวผู้ปฏิบัติงานเกิดจากพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยเมื่อกระทำหัตถการกับผู้ป่วยที่อาจมีการติดเชื้อในร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งหัตถการที่ได้กระทำเป็นประจำจนเกิดความเคยชินที่มักพบ ได้แก่ ไม่สวมถุงมือขณะเจาะเลือดหรือการเปิดเส้นเพื่อให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การสวมปลอกเข็มกลับคืนทุกครั้งที่ใช้เสร็จจึงมีโอกาสถูกเข็มทิ่มตำเพิ่มสูงขึ้น (Suriyawong, 2015) โดยพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัยเหล่านี้ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ในเรื่องของการป้องกันอุบัติเหตุ (Suriyawong, 2015) นอกจากนี้สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ คือ สภาพการทำงานหรือสภาวะแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอบนหอผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อสมรรถนะต่อการมองเห็นในการทำหัตถการต่างๆ จึงทำให้เกิดความผิดพลาดขึ้นได้ (BOED, 2014) เสียงดังรบกวนทำให้เกิดการรบกวนการพูด การสื่อความหมาย และกลบเสียงสัญญาณต่างๆ (Hongisto, Haapakangas, Maula, & Koskela, 2018) นอกจากนั้นถ้าผู้ปฏิบัติงานอยู่ในสถานที่ที่มีการระบายอากาศไม่ถ่ายเท อาจจะทำให้ร่างกายได้รับความร้อนส่งผลต่อระบบหมุนเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองได้ไม่เต็มที่ เกิดความอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หน้ามืดเป็นลม และนำไปสู่การเกิดอุบุติเหตุได้เช่นกัน (Sewu, Gyabeng, Dadzie, & Nkrumah, 2019)

สาเหตุทางอ้อมหรือสนับสนุนให้เกิดอุบัติเหตุอาจเกิดจากผู้ปฏิบัติงานมีสภาพร่างกายอ่อนแอส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องด้วยลักษณะงานที่ต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยทั่วไปต้องขึ้นปฏิบัติงานแต่ละเวรไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมง บางวันอาจถึง 16 ชั่วโมง หากขาดคนทำงานแล้วบางแห่งต้องขึ้นเวรประมาณ 30 - 40 เวรต่อเดือน จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย เกิดความเมื่อยล้า ความเครียด ความเจ็บป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อสมรรถนะในการทำงาน และสามารถนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุได้เช่นกัน (Baker & Karasak, 2000) รวมถึงการขาดทักษะและความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ (Suriyawong, 2015) อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้อง คือ การบริหารหรือการจัดการในองค์กร ได้แก่ ขาดการสอนการอบรม หรือการนิเทศงานเกี่ยวกับความปลอดภัย ไม่มีการวางแผนงานความปลอดภัย การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ระหว่างปฏิบัติงาน การจัดอัตรากำลังที่ไม่เหมาะสมกับจำนวนของผู้รับบริการในแต่ละวัน (Clarke et al., 2002)

สรุปได้ว่าสาเหตุหลักการเกิดอุบัติเหตุในพยาบาลวิชาชีพนั้น คือ การมีพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานที่เกิดจากการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและการปฏิบัติงานในสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย สำหรับสาเหตุทางอ้อมพบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพร่างกาย จิตใจของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งปัจจัยทางด้านการจัดการในองค์กร จะเห็นได้ว่าวิธีการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในวิชาชีพพยาบาลนั้นจึงไม่ได้มีเพียงแค่นโยบาย หรือระบบจัดการของผู้บริหารโรงพยาบาลเท่านั้น แต่หากพยาบาลวิชาชีพหรือองค์กรยังขาดความตระหนักต่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน สามารถนำไปสู่การเกิดผลกระทบทั้งทางตรงต่อสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ คือ การติดเชื้อจากการทำงานได้

ผลกระทบจากการได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน

ถึงแม้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานของวิชาชีพพยาบาลโดยตรง แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมามีบุคลากรที่ทำงานทางสุขภาพป่วยและเสียชีวิตรวมทั้งติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน โดยเป็นโรคติดเชื้อที่ติดต่อทางเลือดและสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย ซึ่งแต่ละปีพบว่าทั่วโลก

มีอัตราการเสียชีวิตของบุคลากรทางสุขภาพประมาณ 100 - 200 ราย รวมทั้งมีสัดส่วนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในแต่ละปีประมาณ ร้อยละ 5.9 และพบในประเทศที่กำลังพัฒนาถึงร้อยละ 40 – 60 (Sobia et al., 2011) จากรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางสุขภาพจากการปฏิบัติงานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีจำนวน 58 คน ติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสกับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 0.23 (Centers for Disease Control and Prevention, 2015)

การได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่คุณภาพชีวิตในการทำงานลดลง (Gupta et al., 2008) โดยเฉพาะสภาพจิตใจที่เกิดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะตามมาหลังการสัมผัสกับเชื้อโรคเหล่านั้น (Worthington, Ross, & Bergeron, 2006) อีกทั้งมีผลข้างเคียงจากการรับการรักษาด้วยยาทำให้เจ็บป่วย จึงทำให้ขาดหรือลางานตามมา (Mohammadi, Allami, & Mohamadi, 2011) รวมทั้งนำไปสู่ความไม่พึงพอใจในงานที่ปฏิบัติ ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน เกิดความคิดที่จะลาออกจากงานได้ (Clark, 2006) สำหรับผลกระทบต่อองค์กรหรือหน่วยงานของผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานดังกล่าวนั้น อาจจะทำให้องค์กรต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรค วัคซีนป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น และการติดตามผลหลังการสัมผัสเชื้อโรค หรืออาจจะส่งผลกระทบต่อการจัดอัตรากำลังคนทดแทนในการปฏิบัติงานจากการขาด ลา หรือลาออกของผู้ปฏิบัติงานได้เช่นกัน ยิ่งไปกว่านั้นยังส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงขององค์กรและภาพลักษณ์ที่ไม่ปลอดภัยทำให้สังคมขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการทางสุขภาพได้

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของการได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานและลดผลกระทบที่อาจตามมา ตามแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยที่เคยปฏิบัติสืบเนื่องกันมา แต่ถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวไว้อย่างชัดเจน แต่ปัจจุบันยังคงพบการรายงานการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง และอาจมีส่วนหนึ่งที่ไม่เคยรายงานอุบัติการณ์ดังกล่าวแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบ หากผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดข้อตกลงด้านความปลอดภัย กล่าวคือเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรในการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การวิเคราะห์สาเหตุและปัญหาต่างๆ เป็นต้น หรือเป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ซึ่งวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (Organizational safety culture) ในโรงพยาบาล

ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างการรับรู้ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในเรื่องของวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรมากขึ้น เนื่องจากมีความสัมพันธ์ทั้งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยภาพรวมนั้นหมายถึงกระบวนการเพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติที่ส่งเสริมให้เกิดการจัดการด้านความปลอดภัยร่วมกันของบุคลากรในองค์กรนั้นๆ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากข้อผิดพลาดหรือความเสี่ยงจากการทำงาน องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยนั้น มีหลากหลายแนวคิดที่แตกต่างกันแต่มีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบคล้ายคลึงกัน (Reason,1997) ได้อธิบายเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยว่าประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ วัฒนธรรมการสื่อข้อมูลข่าวสาร (informed culture) วัฒนธรรมการรายงาน (reporting culture) วัฒนธรรมความเที่ยงธรรม (just culture) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (flexible culture) และวัฒนธรรมการเรียนรู้ (learning culture) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้

1. วัฒนธรรมการสื่อข้อมูลข่าวสาร คือระบบความปลอดภัยที่รวบรวมข้อมูลจากอุบัติการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอุบัติเหตุ

ผนวกกับสิ่งที่ได้จากมาตรการเชิงรุกนั้นๆ โดยต้องได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังจากผู้ปฏิบัติงานทุกคนร่วมกันในการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีต่อการสำรวจความปลอดภัย และมีส่วนร่วมในการบริหารและจัดการความปลอดภัยขององค์กร

2. วัฒนธรรมการรายงาน ทุกคนจะมีอิสระในการสื่อสารหรือให้ความร่วมมือกับการปฏิบัติงานตามระบบของความปลอดภัยในองค์กร ซึ่งจะต้องมีระบบและช่องทางการรับส่งข้อมูลรวมถึงการสื่อข้อมูลที่ง่ายต่อการเข้าถึงของสมาชิกในองค์กรทุกๆคน

3. วัฒนธรรมความเที่ยงธรรม โดยมีการกำหนดขอบเขตอย่างชัดเจนว่าพฤติกรรมใดที่ไม่สามารถยอมรับได้ และมีวิธีการในการจัดการอย่างเหมาะสมอย่างไร รวมถึงประเด็นของวัฒนธรรมความเที่ยงธรรมคือทุกคนจะต้องรู้สึกว่าตนเองนั้นมีส่วนรับผิดชอบในระบบของการทำงานที่มีความปลอดภัยรวมทั้งตัวของเพื่อนร่วมงานเช่นกัน

4. วัฒนธรรมความยืดหยุ่น เกี่ยวข้องกับสมรรถภาพของผู้ปฏิบัติงาน และสะท้อนต่อทัศนคติของการบริหารต่อคนที่ปฏิบัตินอกเหนือจากมาตรฐานการปฏิบัติอย่างมีเหตุผลถูกต้องและเหมาะสม

5. วัฒนธรรมการเรียนรู้ องค์กรจะต้องส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานนั้นมีสมรรถภาพ มีการเรียนรู้ใหม่ๆ จากระบบข้อมูลความปลอดภัยขององค์กร และนำบทสรุปที่ได้มาปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุ และปรับปรุงด้านความปลอดภัยในองค์กรของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ต่อมา Hudson (2001) ได้อธิบายองค์ประกอบวัฒนธรรมความปลอดภัยไว้คล้ายคลึงกัน โดยมี 5 องค์ประกอบเช่นกัน แต่มีส่วนที่แตกต่างคือ ได้นำเอาวัฒนธรรมการรายงานรวมไว้กับวัฒนธรรมการเรียนรู้ และเพิ่มในส่วนของวัฒนธรรมการเฝ้าระวัง (wary culture) ขึ้นมาใหม่ โดยอธิบายไว้ว่า องค์กรจะสามารถส่งต่อข้อมูลต่างๆ ได้ โดยเป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นกับองค์กรและประสบการณ์การเกิดอันตรายต่างๆ ที่ผ่านมา ซึ่งจะต้องมาจากการเฝ้าระวังปัญหาหรืออันตรายใหม่ที่อาจเกิดขึ้น หรืออันตรายที่ยังไม่เคยประสบมาก่อน โดยแนวทางการจัดการหรือมาตรการในการป้องกันอันตรายต้องกำหนดไว้โดยระบบบริหารความปลอดภัยขององค์กรอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอันตรายที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดหรือคาดการณ์มาก่อน จึงต้องมีการพัฒนาเป็น 2 แนวทางให้เกิดขึ้นในองค์กรคือ

1. ระบบการบริหารความเสี่ยงที่ต้องสามารถตอบสนองต่ออันตรายที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ระบบต้องมีความสามารถที่จะบริหารจัดการและมีกระบวนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ตลอดเวลา

2. การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นทัศนคติที่จำเป็นต่อความสำเร็จและเป็นทักษะที่ต้องได้รับการฝึกฝนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้บริหาร เมื่อองค์การคิดล่วงหน้ามักจะมีความตระหนักว่าอันตรายหรืออุบัติการณ์พร้อมที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

ปัจจุบันในทางการแพทย์นั้นได้มีการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อลดความผิดพลาด และอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานมาใช้ในโรงพยาบาล โดยสถาบันซึ่งมีบทบาทในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2014) ได้กำหนดให้เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goal) เป็นเป้าหมายสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาการประกันคุณภาพโรงพยาบาลต่างๆ (Sexton et al., 2006) สำหรับการพัฒนาในระบบทางการแพทย์และการสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการพัฒนาในเรื่องของวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยจะต้องใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการวัดระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยพบว่ามีการพัฒนาแบบสอบถามที่ใช้ในการวัดระดับของวัฒนธรรมความปลอดภัย ผ่านทางการวัดระดับทัศนคติด้านความปลอดภัยจาก Safety culture factor ที่มีอยู่ภายในองค์กรโดยเริ่มจากแบบสอบถามที่ใช้ในการวัดทัศนคติด้านการจัดการในอุตสาหกรรมการบิน (Flight management attitudes questionnaires: FMAQ)

ต่อมาได้พัฒนามาใช้ในทางการแพทย์โดย University of Texas และ John Hopkins University โดย Sexton et al. (2006) กล่าวว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการทำงานด้วยความปลอดภัย โดยสอดแทรกองค์ประกอบของการเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานไว้ในระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

1. การทำงานเป็นทีม (teamwork climate) คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกัน แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรกลุ่มต่างๆต้องมีการประสานงาน การสื่อสาร สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี

2. บรรยากาศด้านความปลอดภัย (safety climate) คือ ในหน่วยงานหรือองค์กรนั้นมีความเข้มแข็งหรือตัวของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนร่วมงานนั้นสามารถเข้าถึงการปฏิบัติในข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการหรือการบริหารความปลอดภัยในสถานที่ปฏิบัติงานหรือองค์กร การสอนงานและการให้คำแนะนำย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เป็นต้น

3. ความพึงพอใจในการทำงาน (job satisfaction) คือ ตัวของผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่องานที่ทำ หรือจากประสบการณ์การทำงาน รวมถึงมีความสุขในการปฏิบัติงานในองค์กรนั้นๆ

4. การยอมรับความเครียด (stress recognition) คือ สิ่งก่อความเครียดที่เป็นผลมาจากการปฏิบัติงาน หรือทำให้เกิดอุปสรรคในการทำงาน ซึ่งองค์กรนั้นจะต้องลดอุปสรรคใดๆ ที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เช่น การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ การจัดการกับความเหนื่อยล้าและการจัดให้มีภาระงานที่เหมาะสม เป็นต้น

5. ความเข้าใจในระบบการบริหารจัดการ (perception of management) คือ การอนุมัติหรือสนับสนุนจากองค์กรให้มีการจัดการให้ลงมือกระทำเกี่ยวกับระบบความปลอดภัยในการทำงานสู่การปฏิบัติในระดับผู้ปฏิบัติงาน

6. สภาพการปฏิบัติงาน (working condition) คือ การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานนั้นได้รับรู้ถึงคุณภาพในการจัดการด้านวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างเพียงพอ เช่น เครื่องมือป้องกันส่วนบุคคล อุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการบริหารจัดการกำลังคน เช่น เจ้าหน้าที่ เป็นต้น

สรุปได้ว่ามุมมองของแนวคิดของวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรต่อการสร้างเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งในระดับของบุคคล และองค์กรไปพร้อมๆ กัน แนวคิดของวัฒนธรรมความปลอดภัยของ University of Texas และ John Hopkins University มีความเหมาะสมมากที่สุดต่อการนำมาประยุกต์ใช้ในการลดหรือป้องกันอุบัติเหตุในพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพต้องทำงานเป็นทีม การทำงานในสถานที่ที่มีทั้งความแออัดของบุคลากรทางสุขภาพและผู้รับบริการ ภาระงานที่หนัก และมีสิ่งเร้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเป็นต้น ซึ่งแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยดังกล่าวมีความครอบคลุมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในแต่ละองค์ประกอบเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไข ส่งเสริมสิ่งที่พร่องหรือขาดเป็นการพัฒนาและแก้ไขทั้งระบบงาน หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานตามแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรทางการพยาบาล

ปัจจุบันหลายการศึกษามุ่งเน้นนำแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้รับบริการ แต่มีการศึกษาจำนวนน้อยที่นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาหรือป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีรายงานว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร สามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยเฉพาะการถูกเข็มทิ่มตำการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย (Clarke et al., 2002; Suriyawong, 2015) ดังนั้นการป้องกันหรือ

ลดความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในพยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวคิดของ University of Texas และ John Hopkins University มาประยุกต์ใช้ตามองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. การทำงานเป็นทีม เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้เกิดการขับเคลื่อนระหว่างบุคลากรในองค์กร เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน เกิดความสามัคคี ผูกพันต่องาน และการทำงานที่มีคุณภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Rose, Thomas, Tersigni, Sexton, & Pryor, 2006) จึงเป็นกลไกหนึ่งที่มุ่งหวังให้เกิดผลการดำเนินงานหรือการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ข้อตกลงในการทำงานที่ประกาศไว้ในองค์กรนั้นๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นผู้บริหารในองค์กรควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคนในองค์กร การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง เมื่อแต่ละส่วนงานต่างเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน เห็นความสำคัญในหน้าที่ที่ทำว่ามีความสำคัญอย่างไร ย่อมทำให้ความร่วมมือในการทำงานประสบความสำเร็จ หรือการจัดกิจกรรมสร้างแบบอย่างค่านิยมความผูกพันต่อองค์กรให้เกิดพฤติกรรมทางบวก

2. บรรยากาศด้านความปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน จากหลายการศึกษาพบว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานสามารถลดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการทำงานได้ (Clark, 2006; Gershon et al., 2000) หากบุคลากรได้รับคำแนะนำย้อนกลับเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการทำงานที่ถูกต้อง อาจทำให้มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยมากขึ้น ได้แก่ การแนะนำให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมและถูกวิธี การใช้อุปกรณ์ของมีคมหรือเข็มที่ถูกต้อง จากแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล กำหนดให้หน่วยงานหรือองค์กรต้องให้บุคลากรผู้ปฏิบัติร่วมกับหัวหน้าหรือระดับผู้บริหารมีการสื่อสารให้ข้อมูลย้อนกลับและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำงาน หากพบว่าเกิดปัญหาต้องดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงหรือพฤติกรรมการทำงานที่เสี่ยงทันที เพื่อควบคุมความเสี่ยงหรือป้องกันผลกระทบที่จะตามมาโดยหวังให้เกิดเป็นพฤติกรรมการทำงานให้เหมาะสมและปลอดภัย ประเด็นของสิ่งแวดล้อมในการทำงานก็มีความสำคัญ หากที่ทำงานมีเสียงดังรบกวนจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยทำให้มีผลต่อการทำงานของ Cardiovascular endocrine neurological และสรีระของร่างกาย รบกวนการพูด การสื่อความหมายและกลบเสียงสัญญาณต่างๆ นอกจากนี้การอยู่ในสถานที่ที่มีการระบายอากาศไม่ถ่ายเท อาจจะทำให้ร่างกายได้รับความร้อนส่งผลต่อระบบหมุนเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้ไม่เต็มที่ เกิดความอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เป็นลม หน้ามืด ชีพจรเต้นอ่อนลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้เช่นกัน (BOED, 2014) ดังนั้นองค์กรควรประเมินปัจจัยคุกคามทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่าง เสียงรบกวน เชื้อจุลชีพต่างๆ ที่มีผลต่อร่างกายหรือสมรรถนะการทำงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และต้องปรับปรุงให้มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงาน

3. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ตามแนวคิดของ Locke (1976) ซึ่งกล่าวว่า ความพึงพอใจในงานจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความผูกพันและสามารถทำงานและทุ่มเทให้กับองค์การอย่างเต็มที่รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีม โดยผู้บริหารอาจจะสร้างแรงจูงใจในการทำงาน มีการให้รางวัลเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานที่ดีหรือเป็นแบบอย่างแก่ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ค่าตอบแทนความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ค่าตอบแทนความเสี่ยงที่เพิ่มสูงขึ้น รวมถึงสวัสดิการการรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน

4. การยอมรับความเครียด ความเครียดในระดับสูงนำไปสู่การได้รับบาดเจ็บหรือการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้ถ้าหากบุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะหรือความเครียดที่เกิด (Tomei et al., 2015) โดยเฉพาะความเครียดในระดับสูงที่เกิดจากภาระงานนั้นจะมีความสัมพันธ์กับการถูกเข็มทิ่มตำ (Clarke et al., 2002) เช่น การขึ้นฝึกปฏิบัติงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมงต่อวัน

จำนวนผู้ป่วยในแต่ละเวร สถานการณ์ที่ตึงเครียด การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ดังนั้นหน่วยงานจำเป็นต้องมีการประเมินความเครียดของผู้ปฏิบัติงาน สาเหตุของการเกิดความเครียดหรือความเหนื่อยล้าทางอารมณ์เพื่อการจัดการได้อย่างตรงตามสาเหตุ

5. การรับรู้ในระบบบริหารจัดการ หากพยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงนโยบายความปลอดภัยในการปฏิบัติงานจากองค์กรในระดับที่ดี จะเป็นกลไกหนึ่งที่ทำให้ทราบและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหรือนโยบายต่างๆ อย่างเคร่งครัด เช่น การบังคับใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม (Gershon et al., 2000; Clarke et al., 2002) สามารถส่งเสริมการรับรู้ในระบบบริหารจัดการความปลอดภัยในองค์กรโดยเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของระบบการบริหารจัดการเกี่ยวกับแนวทางความปลอดภัยในการทำงานและกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานตนเอง โดยอาจจะจัดทำหนังสือหรือคู่มือปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการจัดการเมื่อบุคลากรได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานหรือวิธีการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานจัดแจกแก่บุคลากรในระดับผู้ปฏิบัติงานทุกคน หรือมีการประชาสัมพันธ์ ติดป้ายโปสเตอร์กระตุ้นเตือน รณรงค์ให้มีการประชุมในแต่ละแผนกเกี่ยวกับพฤติกรรมในการทำงานที่ปลอดภัยตามแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ในทุกๆ เช้า

6. สภาพการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ เช่น ความไม่พอเพียงของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การจัดกำลังคนไม่เพียงพอต่อภาระงานในแต่ละวัน ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ (Clarke et al., 2002; Suriyawong, 2015) จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่าอัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพ: ผู้ป่วยต่อวันโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1 :15 ถึง 1: 20 ซึ่งอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลต่อผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินกำหนดไว้ที่ 1:10 (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2005) ดังนั้นองค์กรควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เพียงพอ และจัดสรรอัตรากำลังอย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละแผนกหรือหน่วยงานนั้นๆ

บทสรุป

วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรที่ดีต้องมีการสร้างการรับรู้ที่ตรงกันทั้งสองฝ่าย กล่าวคือ ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารหรือองค์กร เนื่องจากการรับรู้ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานอาจรับรู้แตกต่างกัน ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้มีการรับรู้ทางภาพรวมและรายองค์ประกอบย่อยของวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรไปพร้อมๆ กัน กลไกนี้จึงจะสามารถขับเคลื่อนในการลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้ทางหน่วยงานควรจะมีมาตราการหรือแนวทางสำหรับการจัดการระบบการรายงานเหตุการณ์เกือบอุบัติเหตุ (near miss) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะสามารถนำไปจัดการและวางแผนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

Baker, D. B., & Karasak, R. A. (2000). *Occupational health recognizing and preventing work related disease and injury (4th ed).* Philadephia: Lippincott Williams & Willins.

Bereau of Occupational and Environmental Diseases [BOED]. (2014). *Handbook for assessing the work risk of hospital personnel.* Retrieved from http://164.115.41.179/env/sites/default/files/H.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Occupational HIV transmission and prevention among health care workers.* Retrieved from https://www.cdc.gov/hiv/pdf/workplace/cdc-hiv-healthcareworkers.pdf

Clarke, S. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2002). Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. *American Journal of Public Health, 7*(92), 115-119.

Clark, O. L. (2006). *Compliance with safety practices among nurses: Exploring the link between organizational safety climate, role definitions, and safe work practice.* Retrieved from https://etd.ohiolink.edu/apexprod/rws_olink/r/1501/10?clear=10&p10_accession_num=bgsu1143231038.

Gershon, R. R. M., Karkashian, C. D., Grosch, J. W., Murphy, L. R., Escamilla-Cejudo, A., Flanagan, P. A., ... , & Martin, L. (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control, 28*(3). 1-13.

Gupta, A., Anand, S., Sastry, J. I., Krisagar, A., Basavaraj, A., Shreepad, M. B., ... , & Kakrani, A. L. (2008). High risk for occupational exposure to HIV and utilization of post-exposure prophylaxis in a teaching hospital in Pune, India. *Biomedcentral Infectious Diseases, 8,* 142-152.

Hongisto, V., Haapakangas, A., Maula, H., & Koskela, H. (2018). *Simultaneous effect of office noise, heat, and stuffy air on employees' work performance.* Retrived from https://www.euronoise2018.eu/docs/papers/316_Euronoise2018.pdf

Hudson, P. (2001). *Aviation safety culture.* Retreived from https://www.researchgate.net/publication/235050886_Safety_Culture_-_Theory_and_Practice

Locke, E. A. (1976). Job satisfaction. In M. Gruneberg, & T. Wall (Eds.), *Social psychology and organizational behaviour.* New York: John Wiley and Sons.

Mohammadi, N., Allami, A., & Mohamadi, R. M. (2011). Percutaneous exposure incidents in nurses: Knowledge, practice and exposure to hepatitis B infection. *Hepatitis Montlily, 11*(3), 186-190.

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents.* New York: Ashgate publishing.

Rose, J. S., Thomas, C. S., Tersigni, A., Sexton, J. B., & Pryor, D. (2006). A leadership framework for culture change in health care. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 32,* 433-442.

Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., , & Thomas, E. J. (2006). The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *Health Services Research, 6,* 44-52.

Sewu, G. J. A., Gyabeng, E., Dadzie, A. A., & Nkrumah, N. K. (2019). The effect of occupational health and safety management on performance in the banking sector, Ghana. *International Journal of Business and Management, 14*(10).

Sobia, A., Sanaullah, K., Naseemullah, S.A., Shahid, N.K., Ijaz, A., Naseruddin, H., ... , & Sirat, S. (2011). Prevalence of HBV and HBV vaccination coverage in health care workers of tertiary hospitals of Peshawar, Pakistan. *Virology Journal, 8,* 275-280.

Suriyawong, W. (2015). *Organizational safety culture and accident prevention at work among registered nurses at a tertiary care hospital.* (Master Thesis), Graduate School, Mahidol University. (In Thai)

Suriyawong, W., Silapasuwan, P., & Tipayamongkholgul, M. (2017). Organizational safety culture and compliance with safety practices among registered nurses at a tertiary care hospital. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University, 5*(1), 103-118. (In Thai)

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2005). *Secondary and tertiary nursing and midwifery service standards.* Retrieved from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A444.pdf (In Thai)

The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization [JACHO]. (2014). *Hospital national safety goals.* Retrieved from http://www.jointcommission.org

Tomei, G., Capozzella, A., Rosati, M. V., Tomei, F., Rinaldi, G., Chighine, A., ..., & Sancini, A. (2015). Stress e infortuni sul lavoro [Stress and work-related injuries]. *La Clinica terapeutica, 166*(1), e7–e22. doi.org/10.7417/CT.2015.1804

Worthington, M. G., Ross, J. J., & Bergeron, E. K. (2006). Posttraumatic stress disorder after occupational HIV exposure: Two cases and a literature review. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 27*(2). 215-217.

การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่มีภาวะกลุ่มอาการเมอริซซี่
Perioperative Nursing care of gallstone patients with Mirizzi Syndrome

บุญชู	อนุสาสนนันท์ *	Boonchoo	Anusasananun*
วันชัย	เลิศวัฒนวิลาศ **	Wanchai	Lertwatthanawilat**

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการเมอริซซี่ (Mirizzi syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการที่ท่อน้ำดีรวมจากตับถูกกดจากภายนอก เป็นภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดีเรื้อรังที่อาจพบได้ไม่บ่อยนัก แต่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงได้ พยาธิสภาพเริ่มจากการพอกตัวของนิ่วเป็นก้อนใหญ่ มักเกิดที่ตำแหน่งฐานของถุงน้ำดีส่งผลให้เบียดท่อน้ำดีรวมจากตับจนอุดกั้นการไหลของน้ำดี ต่อมาการพอกตัวใหญ่ขึ้นของก้อนนิ่วนำไปสู่การอักเสบเรื้อรังของตำแหน่งที่นิ่วกดจนในที่สุดผนังถุงน้ำดีเป็นแผล เกิดเนื้อตายและเกิดรูทะลุเชื่อมกับท่อน้ำดีของถุงน้ำดีจนถึงท่อน้ำดีรวมจากตับ มีการจำแนกความรุนแรงของพยาธิสภาพออกเป็น 5 ประเภท แต่ละประเภทมีรายละเอียดการผ่าตัดแตกต่างกัน อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมักเป็นอาการดีซ่าน ปวดท้องด้านขวาบน และมีไข้ ซึ่งเป็นอาการที่คล้ายคลึงกับความผิดปกติอื่นในระบบทางเดินน้ำดี ทำให้มีความยากในการวินิจฉัยและจำแนกความรุนแรงของพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างชัดเจนตั้งแต่ก่อนผ่าตัด จะขาดการวางแผนผ่าตัดที่รัดกุมและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงโดยอาจเกิดอันตรายต่อท่อทางเดินน้ำดี พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่แม่นยำโดยคัดกรองผู้ป่วยและส่งต่อให้ได้รับการตรวจโดยศัลยแพทย์ เมื่อแพทย์ระบุแผนการผ่าตัดแล้ว พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ให้การดูแลให้ฟื้นสภาพโดยเร็วหลังผ่าตัด และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านและเมื่อมาตรวจตามนัด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการนี้ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: *การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด, นิ่วในถุงน้ำดี, กลุ่มอาการเมอริซซี่*

Abstract

Mirizzi syndrome is a rare complication of chronic gallstone disease in which common hepatic duct is externally compressed and it can cause serious health problem. Its pathophysiology includes the obstruction of the common hepatic duct by an impacted gallstone in the infundibulum or base of the gallbladder. Later, recurrent inflammatory processes around the impacted gallstone cause necrotic pressure ulcer of the gallbladder wall and evolved cholecystobiliary fisstula. Five

* *ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University,boonchoo.a@cmu.ac.th*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 18 พฤศจิกายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 11 กุมภาพันธ์ 2564 วันตอบรับบทความ 15 มีนาคม 2564

types of the syndrome were classified based on the extent of involved cholecystobiliary fistula and associated cholecystoenteric fistula. Each type of the syndrome determined particular surgical treatment. Patients with Mirizzi syndrome frequently present with obstructive jaundice, right upper abdominal pain, and fever which share the common clinical characteristics with other biliary diseases. This unspecific form of presentation leads to the difficulty of diagnosis and stage classification. The patients who have no definite diagnosis prior to surgery might loss the opportunity to have thoughtful surgical planning and are at risk of accidental bile duct injury, one of the serious intraoperative complications. Nurses take the important roles in facilitating the accurate diagnoses by screening and appointing the patients to discuss plans of treatments with surgeons. After surgical plannings, nurses then prepare the patients to be physically and mentally prompted to have operations. Proper nursing cares to facilitate early recovery post operations are also crucial. Discharge planning with necessary health educations set the patients to be ready to self-care at homes and at the time of follow up visits. Therefore, the knowledge associated with Mirrizzi syndrome is crucial for nurses in order to deliver qualified nursing cares for the patients.

Keywords: *Perioperative nursing, Gallstone, Mirizzi syndrome*

บทนำ

กลุ่มอาการเมอริซซี่เป็นภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดีที่พบได้น้อยแต่เป็นกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงของพยาธิสภาพหลายระดับ และยังคงเป็นความท้าทายของศัลยแพทย์ระบบทางเดินน้ำดีจากความซับซ้อนในการวินิจฉัยและการผ่าตัด อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการเมอริซซี่ไม่มีความจำเพาะเจาะจง ทว่าพบอาการแบบเดียวกันได้ในกลุ่มโรคก้อนทูมหรือมะเร็งในระบบทางเดินน้ำดี ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการตรวจใดที่สามารถชี้ขาดการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมอริซซี่ได้ รายงานการวินิจฉัยโรคผิดและต้องปรับวิธีการผ่าตัดในระหว่างการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งที่ไม่เหนือความคาดหมาย โดยเฉพาะกรณีที่ศัลยแพทย์ไม่สามารถแยกแยะท่อทางเดินน้ำดีร่วม (common bile duct) จากท่อน้ำดีของถุงน้ำดี (cystic duct) ได้อย่างชัดเจน อาจเกิดอันตรายต่อท่อทางเดินน้ำดีร่วม (accidental bile duct injury) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและส่งผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้ พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมาตรวจจนถึงหลังผ่าตัดและกลับมาตรวจตามนัด การมีความรู้ความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมและปลอดภัยในทุกระยะ บทความนี้มีเป้าหมายให้ผู้อ่านได้ทำความเข้าใจ ถึงความหมาย ประวัติความเป็นมา อุบัติการณ์ การจำแนกประเภท พยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง วิธีการตรวจวินิจฉัย และแนวทางการรักษาที่เหมาะสมของกลุ่มอาการเมอริซซี่ ตลอดจนเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาและวิธีการพยาบาลในระยะก่อนและหลังผ่าตัด จนถึงระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่กลับมาตรวจตามนัด ความรู้เหล่านี้จะช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ได้อย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความหมายของกลุ่มอาการเมอริซซี่

กลุ่มอาการเมอริซซี่ หมายถึง กลุ่มอาการของการอุดกั้นของทางเดินน้ำดีรวมจากตับที่มีสาเหตุมาจากก้อนนิ่วก้อนใหญ่อุดกั้นที่ฐานของถุงน้ำดี หรือทะลุจากถุงน้ำดีเข้าไปในท่อน้ำดีของถุงน้ำดี ทำให้กดเบียดท่อน้ำดีที่อยู่ติดกัน ได้แก่ ท่อน้ำดีรวมจากตับ (common hepatic duct) ส่งผลให้น้ำดีไม่สามารถเคลื่อนตัวลงไปยังลำไส้ได้ (Beltrán, 2012) เมื่อน้ำดีท้นเข้าตับ ในที่สุดตับจะอักเสบและทำงานผิดปกติ เมื่อก้อนนิ่วพอกใหญ่ขึ้นจะกดเบียดท่อน้ำดีมากขึ้นจนเกิดแผลและเกิดรูรั่วทะลุระหว่างถุงน้ำดีและท่อน้ำดีรวมจากตับ (cholecystobiliary fistula) ในบางรายเกิดรูรั่วทะลุระหว่างถุงน้ำดีและลำไส้เล็ก (cholecystoenteric fistula) จากการกดเบียดของก้อนนิ่วในถุงน้ำดีส่วนหัว (fundus) (Beltrán, 2012)

ประวัติความเป็นมา ความชุกและอุบัติการณ์

มีการรายงานถึงกลุ่มอาการเมอริซซี่ ครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 โดย Pablo Luis Mirizzi ศัลยแพทย์ระบบตับและทางเดินน้ำดีชาวอาร์เจนตินา อธิบายอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดี ที่มีลักษณะและพยาธิสภาพที่แตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่นที่เป็นนิ่วในถุงน้ำดีโดยทั่วไป โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีก้อนนิ่วรวมตัวอัดแน่นบริเวณ infundibulum (ส่วนที่ต่อจากส่วนกลาง (body) มาทางด้านฐานของถุงน้ำดีและเป็นส่วนที่ย้อยลงมากที่สุด เรียกตำแหน่งนี้อีกชื่อหนึ่งว่า Hartmann's pouch) นิ่วที่พอกเป็นก้อนใหญ่ขึ้นนี้จะกดเบียดท่อน้ำดีรวมจากตับให้ตีบ หรืออาจทำลายผนังท่อน้ำดีของถุงน้ำดีทะลุเข้าไปในท่อน้ำดีรวมจากตับ ส่งผลให้การอักเสบในถุงน้ำดีขยายออกมาสู่ท่อน้ำดีรวมจากตับ ต่อมาจึงได้บัญญัติชื่อของกลุ่มอาการดังกล่าวว่ากลุ่มอาการเมอริซซี่ตามชื่อศัลยแพทย์ที่ค้นพบ

กลุ่มอาการเมอริซซี่ นับเป็นภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในถุงน้ำดีที่พบได้ไม่บ่อย โดยพบกลุ่มอาการเมอริซซี่ได้ร้อยละ 0.05-4 ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเพื่อรักษานิ่วในถุงน้ำดี (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการดังกล่าวแตกต่างกันไปตามสภาวะสังคมและเศรษฐกิจ โดยในประเทศพัฒนาแล้ว พบประมาณร้อยละ 0.7-1.4 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินน้ำดีในแต่ละปี และในประเทศกำลังพัฒนาพบร้อยละ 4.7-5.7 (Valderrama-Treviño et al., 2017) แม้จะพบได้น้อยและไม่ใช่โรคอุบัติใหม่ แต่อุบัติการณ์การเกิดอันตรายต่อท่อทางเดินน้ำดีที่สูงถึงร้อยละ 17 (Beltrán, 2012) จึงยังจำเป็นต้องทำความเข้าใจและค้นหาวิธีการที่จะกำหนดเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมอริซซี่ให้แม่นยำได้ก่อนผ่าตัด อันจะนำไปสู่การวางแผนการผ่าตัดที่เหมาะสมและสัมฤทธิ์ผลในการรักษา (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) การจำแนกประเภทของกลุ่มอาการเมอริซซี่

กลุ่มอาการเมอริซซี่มีการแบ่งตามความรุนแรงของพยาธิสภาพเป็น 5 ประเภท (Beltrán, Csendes, & Cruces, 2008) โดย 1) ประเภทที่ 1 (type I Mirizzi syndrome) ก้อนนิ่วกดเบียดไปยังท่อน้ำดีรวมจากตับ (external compression of common hepatic duct by impacted gallstone) 2) ประเภทที่ 2 (type II Mirizzi syndrome) มีรูทะลุระหว่างถุงน้ำดีและท่อน้ำดีรวมจากตับ (cholecystobiliary fistula) ครอบคลุมบริเวณประมาณ 1 ใน 3 ของเส้นรอบวงของท่อน้ำดี และก้อนนิ่วเคลื่อนผ่านผนังถุงน้ำดีเข้าสู่ท่อน้ำดีรวมจากตับ 3) ประเภทที่ 3 (type III Mirizzi syndrome) มี cholecystobiliary fistula โดยรูทะลุของท่อน้ำดีรวมจากตับกว้างถึง 2 ใน 3 ของเส้นรอบวงของท่อน้ำดี 4) ประเภทที่ 4 (type IV Mirizzi syndrome) ก้อนนิ่วทำลายผนังและอุดกั้นในวงรอบท่อน้ำดีรวมจากตับทั้งหมด และ 5) ประเภทที่ 5 (type V Mirizzi syndrome) ก้อนนิ่วทะลุท่อทางเดินน้ำดีรวมจากตับ พร้อมกับมีก้อนนิ่วก้อนอื่นกดที่ส่วนหัว (fundus) ของถุงน้ำดีจนเกิดรูทะลุระหว่างถุงน้ำดีและลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม (cholecystoenteric fistula) แต่ละระดับหรือประเภทของกลุ่มอาการเมอริซซี่ต้องการการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนแตกต่างกัน

พยาธิสรีรภาพ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่มักเป็นถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง (chronic cholecystitis) จากก้อนนิ่ว บริเวณที่พบนิ่วบ่อยที่สุดคือตำแหน่ง infundibulum (Hartmann's pouch) เมื่อมีการสะสมพอกตัวใหญ่ขึ้นของก้อนนิ่ว หรือนิ่วก้อนเล็กหลายๆ ก้อนพอกติดกัน จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ระยะ (Beltrán, 2012) ดังนี้

ระยะที่ 1 การอุดกั้นของท่อน้ำดีจากภายนอก (the external compression of the bile duct) การเปลี่ยนแปลงระยะนี้เกิดจากก้อนนิ่วพอกตัวใหญ่ขึ้นจนอุดกั้นท่อน้ำดีของถุงน้ำดี การเสียดสีของก้อนนิ่วที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบภายในถุงน้ำดีและท่อน้ำดีของถุงน้ำดี เยื่อบุภายในที่บวมจากการอักเสบจะเชื่อมติดกันและต่อมาพัฒนาเป็นพังผืด ในบางรายพังผืดจะหุ้มผนังถุงน้ำดีติดกับก้อนนิ่ว ในที่สุดผนังถุงน้ำดีและท่อน้ำดีของถุงน้ำดีจะเชื่อมกันด้วยพังผืด และจะบีบรัดโดยรอบท่อน้ำดีรวมจากตับ ทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินน้ำดีรวมจากตับ น้ำดีที่ไม่สามารถเคลื่อนตัวลงไปยังท่อทางเดินน้ำดีร่วม จะท้นกลับไปยังท่อน้ำดีในตับ เกิดการคั่งของน้ำดีในตับ ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเซลล์ตับและทำให้ตับเสียหน้าที่ นอกจากนั้นน้ำดีที่คั่งค้างจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด และไปสะสมที่ผิวหนังและเยื่อบุตาขาว ทำให้มีสีเหลืองบริเวณดังกล่าว เรียกว่าอาการดีซ่านที่เกิดจากการอุดตันของทางเดินน้ำดี (obstructive jaundice) ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการคล้ายทางเดินน้ำดีอักเสบ (acute cholangitis) โดยจะมีอาการดีซ่าน ปวดท้องด้านขวาบนร่วมกับมีไข้

ระยะที่ 2 การเกิดรูทะลุระหว่างถุงน้ำดีและท่อน้ำดี กับระหว่างถุงน้ำดีและลำไส้ (the later development of cholecystobiliary and cholecystoenteric fistulas) การเปลี่ยนแปลงในระยะต่อมาก้อนนิ่วและการอักเสบ ทำให้ผนังท่อน้ำดีของถุงน้ำดีหดรั้ง ความยืดหยุ่นลดลงและแตกทำลายได้ง่าย จนในที่สุดก้อนนิ่วกดจนเกิดแผลและเนื้อตาย ทำให้ผนังรั่วและก้อนนิ่วทะลุเข้าไปยังโครงสร้างที่อยู่ติดกัน คือท่อน้ำดีรวมจากตับ เกิดรูทะลุเชื่อมระหว่างถุงน้ำดีท่อน้ำดีของถุงน้ำดีและท่อน้ำดีรวมจากตับ และอาจเกิดพังผืดยึดถุงน้ำดีกับท่อน้ำดีรวมจากตับด้วย ในบางรายอาจมีก้อนนิ่วสะสมที่ตำแหน่งหัวของถุงน้ำดี และเกิดกระบวนการอักเสบและกดทับจนเกิดแผลทะลุและก้อนนิ่วเคลื่อนเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมอีกตำแหน่งหนึ่งได้ ผู้ป่วยกรณีหลังนี้อาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของลำไส้อุดตัน (mechanical small bowel obstruction from gall stone ileus) โดยมีอาการ ปวดบิดในท้อง (colicky pain) อาเจียน ท้องอืดและท้องผูก โดยที่มีอาการของทางเดินน้ำดีอุดตันหรืออาการของทางเดินน้ำดีอักเสบนำมาก่อน

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ มักมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง มักมาพบแพทย์ด้วยอาการตัวเหลืองตาเหลืองหรือดีซ่าน (พบได้ร้อยละ 60-100) (Beltrán, 2012) ร่วมกับมีอาการปวดท้องด้านขวาบนหรือใต้ลิ้นปี่ (พบได้ร้อยละ 50-100) (Beltrán, 2012) และอาจมีไข้ร่วมด้วย (Mitsumoto et al., 2020; Valderrama-Trevino et al., 2017) นอกจากนี้อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม (dark urine) หนาวสั่น หัวใจเต้นเร็ว เบื่ออาหาร (Valderrama-Trevino et al., 2017) ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่หลายรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของ ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน หรือภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Beltrán, 2012; Valderrama-Trevino et al., 2017)

สำหรับผลการตรวจตัวอย่างเลือดทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ ที่พบบ่อยได้แก่ บิลิรูบินสูง (hyperbilirubinemia) อะมิโนทรานสเฟอเรสและเม็ดเลือดขาวสูง ซึ่งก็พบลักษณะเดียวกันได้ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของอวัยวะอื่นในระบบทางเดินน้ำดี (Beltrán, 2012) นอกจากนี้ มาลิกแนนส์มาร์กเกอร์

(malignancy marker) ของระบบทางเดินน้ำดี ได้แก่ CA 19-9 ยังพบว่าสูงได้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่เช่นกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่มีอาการที่หลากหลายไม่จำเพาะอย่างใดอย่างหนึ่งที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน และเป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคอื่นของระบบทางเดินน้ำดีด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้มีความยากในการวินิจฉัยกลุ่มอาการนี้จากอาการทางคลินิก

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยที่แม่นยำก่อนผ่าตัดมีความจำเป็นในการวางแผนการผ่าตัดและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะอันตรายต่อท่อทางเดินน้ำดี ศัลยแพทย์จำเป็นต้องวินิจฉัยสาเหตุของการอุดกั้นทางเดินน้ำดีโดยแยกแยะระหว่างก้อนนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีและก้อนทูมหรือมะเร็งของอวัยวะในระบบทางเดินน้ำดี นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องสำรวจโครงสร้างของท่อทางเดินน้ำดีร่วมและท่อน้ำดีของถุงน้ำดีให้ชัดเจนให้มากที่สุดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด อย่างไรก็ตามเรื่องเหล่านี้ไม่ง่ายในทางปฏิบัติ จากการทบทวนรายงานที่เผยแพร่ระหว่าง ค.ศ. 2012-2017 จำนวน 16 ฉบับ พบความสำเร็จในการวินิจฉัยภาวะนี้ได้ก่อนผ่าตัดแตกต่างกันมากตั้งแต่ร้อยละ 18 ถึง 85.9 (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) การวินิจฉัยโรคผิดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ค่อนข้างมากกับผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ ดังผลการศึกษาจากสองรายงานพบว่า ร้อยละ 18 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดเป็นถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Paya-Llorente et al., 2017) และร้อยละ 39 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและก้อนทูมของถุงน้ำดี (Clemente et al., 2018)

ดังนั้นการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมอริซซี่ นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากประวัติ อาการและอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของตับแล้ว จะต้องได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม โดยผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจ อุลตราซาวด์ (ultrasonography) ซึ่งอาจพบก้อนนิ่วขนาดใหญ่หรือก้อนนิ่วขนาดเล็กจำนวนมากบริเวณ infundibulum ของถุงน้ำดี อาจพบการขยายตัวของท่อน้ำดีรวมจากตับ รวมทั้งพบลักษณะของถุงน้ำดีอักเสบและบวม แต่การตรวจวิธีนี้มีข้อจำกัดคือมักไม่สามารถตรวจท่อทางเดินน้ำดีร่วมส่วนล่างได้ เพราะจะถูกบดบังโดยก๊าซในลำไส้ และมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่อ้วน หรือลำไส้ขยายตัว หรือมีท้องมานน้ำ ซึ่งจะจำกัดการผ่านของคลื่นเสียง ดังนั้นนอกจากอุลตราซาวด์แล้วผู้ป่วยควรได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มอีกอย่างน้อยหนึ่งวิธีเพื่อสำรวจโครงสร้างของท่อทางเดินน้ำดี การตรวจพิเศษดังกล่าว ได้แก่ endoscopic retrograde cholangiopancreaticography (ERCP) magnetic resonance cholangiopancreaticography (MRCP) และการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography: CT) วิธีการตรวจที่แพทย์นิยมใช้มากที่สุดคือ ERCP (31.3-100%) (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) โดยวิธี ERCP สามารถตรวจพบการกดของก้อนนิ่วภายนอกท่อน้ำดี การอุดกั้นของท่อน้ำดี การขยายตัวของท่อน้ำดีส่วนบน และยังตรวจตำแหน่งของรูทะลุได้ MRCP สามารถตรวจพบตำแหน่งการอุดกั้น การขยายตัวของท่อน้ำดี และการอักเสบของถุงน้ำดี แต่จะไม่สามารถตรวจพบรูทะลุระหว่างถุงน้ำดีและท่อน้ำดีได้ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะช่วยให้ตรวจพบสาเหตุและตำแหน่งของการอุดกั้นของทางเดินน้ำดี ช่วยแยกแยะสาเหตุระหว่างกลุ่มอาการเมอริซซี่และก้อนทูมได้ มีรายงานว่าการตรวจด้วย ERCP ร่วมกับ MRCP สามารถเพิ่มอัตราการวินิจฉัยกลุ่มอาการเมอริซซีก่อนผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 85.9 (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีวิธีการตรวจพิเศษเพิ่มเติมแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่จำนวนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยที่ผิดก่อนผ่าตัด และพบว่าเป็นโรคนี้ในระหว่างการผ่าตัด (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) จากลักษณะพยาธิสภาพที่พบ ได้แก่ ผนังถุงน้ำดีบวมหรือฝ่อ ร่วมกับการมีพังผืดซึ่งเกิดจากกระบวนการอักเสบเรื้อรังมายึดโครงสร้างรอบๆ ถุงน้ำดี มีก้อนนิ่วใน infundibulum หรือคอของถุงน้ำดีที่ติดกับท่อน้ำดีของถุงน้ำดี หรือบางรายเมื่อตัดถุงน้ำดีและเอาก้อนนิ่วออก

แล้วพบว่ามีการรั่วของท่อทางเดินน้ำดี ซึ่งบ่งถึงการมีรูทะลุ (cholecystobiliary fistula) ดังนั้นผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่มีพยาธิสภาพดังกล่าวจะต้องทำการตรวจท่อทางเดินน้ำดีเพิ่มเติมด้วย cholangiography ในระหว่างการผ่าตัด เพื่อสำรวจตำแหน่งและขนาดของรูทะลุ ตรวจหาก้อนนิ่วที่อาจหลงเหลืออยู่ในท่อทางเดินน้ำดีร่วมและสำรวจลักษณะของผนังของท่อทางเดินน้ำดีร่วม เพื่อช่วยให้ศัลยแพทย์ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความผิดปกตินั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม

การรักษา

การรักษามาตรฐานของกลุ่มอาการเมอริซซี่ได้แก่การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) แม้ว่ากลุ่มอาการเมอริซซี่ที่ยังไม่เกิดรูทะลุ (ประเภท 1) จะสามารถเลือกผ่าตัดแบบส่องกล้อง (laparoscopic technique) ได้ แต่ก็มักต้องปรับเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องในภายหลัง (31-100%) (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) เพราะโครงสร้างของระบบทางเดินน้ำดีของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ มักผิดปกติมาก ทำให้การแยกแยะท่อน้ำดีร่วมและท่อน้ำดีของถุงน้ำดีผ่านวิธีการส่องกล้องทำได้ยาก เป้าหมายของการผ่าตัด คือ กำจัดสาเหตุของการอุดกั้นในท่อน้ำดี ซ่อมแซมหรือแก้ไขความผิดปกติ และจัดการให้มีการระบายของน้ำดีออกนอกร่างกายชั่วคราว โดยทั่วไปแล้วศัลยแพทย์จะตัดถุงน้ำดีแบบตัดออกบางส่วน (subtotal cholecystectomy) กรณีที่มีรูทะลุแล้วจะเย็บซ่อมรูรั่ว (choledochoplasty) ด้วยผนังถุงน้ำดีส่วน infundibulum หรือผนังท่อน้ำดีของถุงน้ำดี และวางท่อรูปตัวที (T-tube drainage) ไว้ในท่อทางเดินน้ำดีเพื่อระบายน้ำดีออกภายนอกร่างกายร่วมกับคาไว้เป็นแกน (stent) ป้องกันการเชื่อมติดกันของผนังท่อทางเดินน้ำดี (stricture) โดยใส่คาไว้อย่างน้อย 2 เดือนหลังผ่าตัดเพื่อให้เนื้อเยื่อท่อทางเดินน้ำดีเจริญจนแข็งแรง (choledoreconstruction) สำหรับกลุ่มอาการเมอริซซี่ประเภทที่ 3-5 แพทย์จะทำการผ่าตัดทำทางเชื่อมต่อท่อน้ำดีที่เหลือมายังลำไส้ (choledochol-enteric anastomosis) (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018)

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ที่อันตรายที่สุดได้แก่ การตัดท่อทางเดินน้ำดีร่วมโดยเข้าใจผิด สาเหตุหลักมาจากไม่สามารถแยกท่อทางเดินน้ำดีร่วมออกจากท่อทางเดินน้ำดีของถุงน้ำดีได้อย่างชัดเจน หากเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น ศัลยแพทย์ต้องแก้ไขโดยการนำท่อทางเดินน้ำดีที่เหลือมาต่อกัน หรือในบางรายอาจจำเป็นต้องต่อกับลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (Roux-en-Y hepaticojejunostomy) (Chen, Siwo, Khu, & Tian, 2018) ซึ่งต้องเพิ่มเวลาผ่าตัดและใช้ระยะเวลาฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานขึ้น ต้องงดอาหารและน้ำทางปากต่อเนื่องอีกหลายวัน ในขณะเดียวกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การรั่วของท่อน้ำดีหรือการติดเชื้อในช่องท้อง (bile peritonitis และ subphrenic abscess) จะสูงขึ้นด้วย (Uppara & Rasheed, 2017) เพื่อเพิ่มความเข้าใจถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ ในย่อหน้าต่อไปขอนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย โดยจะกล่าวถึงประวัติความเป็นมาของอาการ กระบวนการตรวจวินิจฉัย การผ่าตัด ปัญหาหรือเป้าหมายทางการพยาบาล และแนวทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้

กรณีศึกษา

ระยะแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลถึงระยะก่อนผ่าตัด

สถานการณ์ของผู้ป่วยในระยะรอการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นชายไทยอายุ 48 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการตัวและตาเหลืองมานาน 14 วัน ร่วมกับปัสสาวะสีเหลืองเข้มและอุจจาระสีซีด ไม่มีไข้ โดย 2 เดือนก่อนหน้านั้น มีอาการปวดแบบจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ มักเป็นหลังรับประทานอาหารมื้อใหญ่ 2-3 ชั่วโมง หรือภายหลังดื่มน้ำมากๆ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แต่รับประทานอาหารได้น้อยลง จนน้ำหนักลดไป 7 กิโลกรัม ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง เบื้องต้นอายุรแพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นถุงน้ำดีอักเสบและรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

ผลการตรวจร่างกาย Murphy's sign negative และผู้ป่วยไม่มีไข้ จึงไม่สอดคล้องกับ ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน อาการปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ภายหลังรับประทานอาหาร ตัวและตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้มและอุจจาระสีซีด สอดคล้องกับการมีการอุดกั้นของทางเดินน้ำดี ไม่พบ spider nevi หรือท้องมานน้ำ แสดงถึงไม่มีภาวะตับแข็ง

ตรวจเลือดพบเอนไซม์จากเซลล์ตับสูงขึ้น ทั้ง Alkaline phosphatase (809 U/L), Aspartate aminotransferase (145 U/L), Alanine aminotransferase (123 U/L) บ่งบอกถึงมีการอักเสบของเซลล์ตับ ตรวจแอนติเจนและแอนติบอดีของไวรัสตับอักเสบไม่พบความผิดปกติที่บ่งถึงตับอักเสบจากไวรัส ลักษณะเม็ดเลือดและปริมาณปกติ ไม่มีประวัติโรคเลือดจางหรือมะเร็งในครอบครัว นอกจากนี้ผลการตรวจบิลิรูบินยังแสดงถึงการอุดกั้นของท่อทางเดินน้ำดี (Total Bilirubin = 6.81 mg/dl, Direct Bilirubin = 4.48 mg/dl) ตับอักเสบน่าจะเป็นผลจากการคั่งค้างของน้ำดีในตับ คำถามต่อมาคือ การอุดกั้นของทางเดินน้ำดีเกิดจากอะไร เกิดภายในหรือภายนอกท่อทางเดินน้ำดี

การตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน เริ่มด้วยการตรวจอุลตราซาวด์ช่องท้องด้านบนขวา พบว่าท่อทางเดินน้ำดีรวมจากตับและถุงน้ำดีขยายใหญ่ขึ้น สื่อถึงมีการคั่งค้างของน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดีรวมจากตับน่าจะอุดตันจากนิ่วก้อนใหญ่ที่ตำแหน่งคอของถุงน้ำดี รวมทั้งพบการหนาตัวของผนังท่อทางเดินน้ำดีโดยรอบก้อนนิ่ว อายุรแพทย์ตั้งข้อสังเกตว่าลักษณะพยาธิสภาพที่พบสอดคล้องกับกลุ่มอาการเมอริซซี่ อายุรแพทย์ได้ปรึกษาศัลยแพทย์มาร่วมวินิจฉัยโรค ศัลยแพทย์สั่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ที่ช่องท้องด้านบนขวา

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาลในระยะรอการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน

การประเมินทางการพยาบาลทางด้านร่างกายมีข้อมูลว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหาร รวมทั้งดื่มน้ำได้น้อยมาอย่างน้อยสองเดือน ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อการขาดสมดุลสารอาหาร น้ำและอิเลคโตรไลท์ ส่วนทางด้านจิตใจนั้นตัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นถุงน้ำดีอักเสบ ต่อมาได้รับข้อมูลเพิ่มว่าความผิดปกติของตนอาจมีสาเหตุมากกว่าถุงน้ำดีอักเสบและอาจต้องได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกว่าการผ่าตัดเป็นเรื่องเกินความคาดหมาย มีความวิตกกังวลว่าในที่สุดการวินิจฉัยโรคของตนจะเป็นโรคที่รุนแรงหรือไม่ การรักษาและการพยากรณ์โรคจะเป็นอย่างไร ผลจากการประเมินของพยาบาล นำมาสู่การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารอาหาร น้ำและอิเลคโตรไลท์ และช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับรู้การวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษา โดยมีแนวทางการพยาบาลในระยะรอการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน ดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารอาหาร น้ำและอิเลคโตรไลท์ ในระยะการตรวจวินิจฉัยและก่อนถึงวันผ่าตัด มีดังนี้

1.1 ประเมินภาวะขาดสมดุลของสารอาหาร ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย มวลกล้ามเนื้อลดลง น้ำหนักลด ซีด ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ และคำนวณดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ประเมินภาวะขาดสมดุลน้ำ ได้แก่ ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ริมฝีปากและเยื่อบุตาแห้ง ปัสสาวะน้อย สีเหลืองเข้ม ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

1.2 ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ (ผู้ป่วยได้รับ 5%D/S/2 1000 ml IV drip 100 ml/hr) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารโดยเน้นเพิ่มสารอาหารโปรตีน เช่น อาหารผงเสริมโปรตีน และผลไม้ที่เสริมอิเลคโตรไลท์ที่เสี่ยงต่อการขาดสมดุลโดยเฉพาะโปแตสเซียม เช่น ส้ม กล้วย มะละกอ องุ่น เป็นต้น

1.3 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ electrolyte, serum albumin

1.4 ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสมดุลของสารอาหาร น้ำ และอิเลคโตรไลท์ และ

รายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยอิเลคโตรไลท์ที่เสี่ยงต่อการขาดสมดุลได้แก่ โปแตส เซียม และโซเดียม มีอาการและอาการแสดง ดังนี้ 1) hypokalemia มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ ท้องผูก อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ และเป็นตะคริว และ 2) hyponatremia จะแสดงอาการเมื่อ Na < 125 mmol/l โดยอาการเริ่มต้น ได้แก่ สะอึก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับรู้การวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษา มีดังนี้

2.1 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกและความต้องการ ด้วยท่าทีที่ตั้งใจ เห็นใจ แสดงความเอาใจใส่ในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกด้าน

2.2 ให้ข้อมูล เหตุผลและความสำคัญของการตรวจพิเศษแต่ละวิธี รวมทั้งวิธีการตรวจ การเตรียมร่างกายให้พร้อมรับการตรวจ โดยในกรณีศึกษานี้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ CT abdomen ควรอธิบายว่า CT จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้ โดยช่วยให้สำรวจท่อน้ำดีร่วมส่วนล่างหรือตับอ่อนได้ดีกว่าอุลตราซาวด์ ควรสอบถามประวัติการแพ้ไอโอดีนในอาหารทะเล ถ้ามีประวัตินี้ต้องรายงานแพทย์ ในขณะเดียวกันต้องให้ข้อมูลความเสี่ยงของการตรวจ CT คือผู้ป่วยต้องดื่มน้ำผสมสารทึบรังสีก่อนตรวจ ซึ่งอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาแพ้ได้ แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการแพ้ที่อาจเกิดภายหลังการตรวจทันทีหรือภายใน 7 วัน ได้แก่ มีตุ่มนูนคัน เปลือกตาบวม หรือปากบวม หากมีอาการให้แจ้งพยาบาล เพื่อรายงานแพทย์ นอกจากนี้ภายหลังการตรวจผู้ป่วยต้องดื่มน้ำสะอาดวันละ 2 ลิตร เพื่อขับสารทึบรังสีออกทางปัสสาวะ (European Society of Urogenital Radiology, 2019)

2.3 เตรียมผู้ป่วยให้รับรู้ว่าผลการตรวจอาจเป็นไปได้อย่างน้อย 2 โรคคือ เป็นกลุ่มอาการเมอริซซี่ หรือพบความผิดปกติอื่นที่กดเบียดท่อน้ำดีรวมจากตับแนะนำให้ผู้ป่วยคิดถึงด้านดีของการทราบการวินิจฉัยโรคให้ได้ชัดเจนก่อนผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ศัลยแพทย์วางแผนการผ่าตัดได้ถูกต้อง หากไม่ทราบความผิดปกติของทางเดินน้ำดีตั้งแต่ก่อนผ่าตัด อาจนำไปสู่การผ่าตัดที่ไม่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

สถานการณ์ของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ผล CT พบว่ามีก้อนนิ่วขนาด 2.9 ซม. อุดตันที่ตำแหน่งท่อน้ำดีของถุงน้ำดีและท่อน้ำดีรวมจากตับแต่ยังไม่ปิดเต็มวงรอบของท่อน้ำดี น้ำดีที่ระบายออกไม่สะดวกจึงท้นขึ้นทำให้มีการขยายตัวของท่อน้ำดีรวมจากตับส่วนต้นไปจนถึงท่อทางเดินน้ำดีภายในตับทั้งสองข้าง (bilateral intra hepatic ducts) มีการหนาตัวของผนังถุงน้ำดีส่วนหัว (fundus) พยาธิสภาพที่มีการหนาตัวของผนังถุงน้ำดีนี้สามารถแปลผลได้ทั้งเป็น fundal adenomyomatosis และเป็นผลจากการอักเสบเรื้อรัง ตรวจไม่พบน้ำในช่องท้อง หรือความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องส่วนบน สามารถวินิจฉัยได้ว่าสาเหตุการอุดกั้นในท่อน้ำดีรวมจากตับของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากกลุ่มอาการเมอริซซี่ประเภทที่สอง ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับถึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการเมอริซซี่รวมทั้งหมด 15 วัน

ศัลยแพทย์ระบบตับและทางเดินน้ำดีรับย้ายผู้ป่วยมาหอผู้ป่วยศัลยกรรมและวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องเพื่อตัดถุงน้ำดี หลังสำรวจพยาธิสภาพในห้องผ่าตัดแล้วจึงจะตัดสินใจว่าจะเย็บซ่อมแซมท่อทางเดินน้ำดีด้วยวิธีใด จากนั้นจะคาท่อรูปตัวทีไว้ในท่อทางเดินน้ำดี

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

เมื่อแพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคเป็นกลุ่มอาการเมอริซซี่ประเภทที่สอง และกำหนดวันผ่าตัดได้แล้ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่นเดียวกับการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องทั่วไป ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะการพยาบาลที่

เจาะจงสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ดังนี้

ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงวิธีการผ่าตัด ตำแหน่งแผลผ่าตัด และสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้แพทย์จะเปิดหน้าท้องที่ตำแหน่งใต้ชายโครงขวา (subcostal incision) ตัดถุงน้ำดีออก เย็บซ่อมแซมรูรั่วที่ท่อน้ำดีรวมจากตับและท่อทางเดินน้ำดีร่วม และใส่คาท่อระบายรูปตัวทีไว้ในท่อทางเดินน้ำดีร่วม ซึ่งจะใส่คาไว้อย่างน้อย 2 เดือน

สถานการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดและในระยะหลังผ่าตัด ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด เปิดช่องท้องตำแหน่งใต้ชายโครงขวายาว 5 ซม. ตัดถุงน้ำดีออก (cholecystectomy) สำรวจท่อทางเดินน้ำดีร่วมด้วย choledochoscopy ซึ่งไม่พบก้อนนิ่วหรือรอยโรคในจุดอื่นตลอดท่อทางเดินน้ำดี จากนั้นวางท่อระบายรูปตัวที ไว้ในท่อทางเดินน้ำดีร่วม เนื่องจากผนังของท่อน้ำดีรอบๆ ก้อนนิ่วเปื่อยยุ่ยมาก จึงไม่สามารถเย็บซ่อมแซมรูทะลุที่ท่อน้ำดีให้ปิดได้อย่างสมบูรณ์ ก่อนปิดแผลแพทย์วางท่อระบาย JP drain บริเวณใต้ฐานของถุงน้ำดี ใช้เวลาผ่าตัดรวม 3 ชั่วโมง เสียเลือดจากการผ่าตัด 100 มิลลิลิตร ผลตรวจชิ้นเนื้อจากท่อน้ำดีไม่เป็นเนื้อร้าย ศัลยแพทย์วางแผนคาท่อรูปตัวทีไว้ในท่อทางเดินน้ำดีร่วมนานประมาณ 2 เดือน เพื่อให้เกิด inflammation process บริเวณแผลผ่าตัด (raw surface) จนสร้างพังผืด (fibrosis) มาหุ้มรอบแผลจนผนังท่อทางเดินน้ำดีร่วมแข็งแรง จึงจะถอดท่อรูปตัวทีออก

ภายหลังผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ยกเว้นมีไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียสหนึ่งครั้งในวันที่สามหลังผ่าตัด หลังจากนั้นไม่มีไข้อีก สารเหลวจากท่อระบายทั้งสองสายเป็นสีคล้ายน้ำดี ออกรวมกันวันละ 800-1,000 มล.แผลท่อระบายไม่มีสารคัดหลั่งซึม ใน 2 วันแรกหลังผ่าตัด ปวดแผลผ่าตัด 6-8 จากคะแนนเต็ม 10 เมื่อความปวดหลังผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยลุกเดินออกจากเตียงและลำไส้เคลื่อนตัวตามปกติแล้ว ศัลยแพทย์ให้รับประทานอาหารทางปากได้ หลังรับประทานอาหารไม่มีอาการอืดท้อง

ผลการตรวจตัวอย่างเลือดพบว่าระดับเอนไซม์จากเซลล์ตับและระดับบิลิรูบินลดลงอย่างรวดเร็วจนอยู่ในระดับปกติในวันที่เจ็ดหลังผ่าตัด อาการตัวและตาเหลืองลดลง แสดงถึงผลลัพธ์การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาลที่สำคัญหลังผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัดที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยรายนี้นอกจากการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพและกระตุ้นให้ลุกเดินออกจากเตียงหลังจากความปวดลดลงแล้ว เพื่อฟื้นฟูการทำงานของทุกระบบของร่างกาย การพยาบาลที่ควรเน้นเพิ่มเติม ได้แก่การดูแลให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ การดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลท์ทดแทนการสูญเสียสารเหลวและน้ำดีทางท่อระบาย และการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลท่อระบาย และภายในช่องท้องด้านขวาบนซึ่งอาจเกิดได้หากน้ำดีที่รั่วจากท่อทางเดินน้ำดีคั่งค้างอยู่ในช่องท้อง แนวทางการพยาบาลตามเป้าหมายดังกล่าว มีดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอ มีแนวทางการพยาบาลเช่นเดียวกับก่อนผ่าตัด

ส่วนที่เพิ่มเติมคือ เน้นอาหารโปรตีนสูง เสริมด้วยอาหารทางการแพทย์ ได้แก่ อาหารผงเสริมโปรตีน ชงดื่มระหว่างมื้ออาหารวันละ 3 ครั้ง เพิ่มอาหารคาร์โบไฮเดรตจากข้าวและของหวาน วิตามินและเกลือแร่จากผักและผลไม้ และลดไขมัน เนื่องจากน้ำดีส่วนใหญ่ถูกระบายออกจากร่างกาย ส่วนน้อยเคลื่อนสู่ลำไส้ หากรับประทานอาหารที่มีไขมัน จะขาดน้ำดีมาย่อยกรดไขมัน ทำให้ผู้ป่วยท้องอืดและไม่สุขสบายได้ หากมีอาการท้องอืดให้ปรับเป็นรับประทานครั้งละน้อย แต่รับประทานให้บ่อยขึ้น ชั่งน้ำหนักเวลาเช้าทุกวันเพื่อประเมินว่าน้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นเท่าไร และเปรียบเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน (ideal body weight: IBW) โดย IBW สำหรับเพศชายคำนวณได้จาก ส่วนสูง (ซม.) ลบ 100 หากน้ำหนักต่ำกว่า IBW ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานมากขึ้นหรือบ่อยขึ้น

2. การพยาบาลเพื่อคงความสมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลท์ โดยเมื่อแพทย์ให้รับประทานอาหาร

ได้แล้ว ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2,000 มิลลิลิตร เพื่อชดเชยการสูญเสียสารน้ำทางท่อระบายรูปตัวที และ JP drain ร่วมกับทดแทนการสูญเสียน้ำที่ตวงไม่ได้ (insensible loss) ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำจึงแนะนำญาติให้จัดหาผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น กล้วย องุ่น ส้ม สับปะรด เป็นต้น มาให้รับประทานบ่อยๆ

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลท่อระบาย และป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องด้านขวาบน มีแนวทางเช่นเดียวกับหลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดและแผลท่อระบายทั่วไป โดยมีจุดเน้นที่การดูแลให้การระบายของสารเหลวทางท่อระบายมีประสิทธิภาพ สำหรับท่อรูปตัวทีต่อลงถุงรองรับ ใช้หลักการระบายตามแรงโน้มถ่วง จึงต้องจัดสายระบายไม่ให้ห้อยหย่อนต้านแรงโน้มถ่วง รวมทั้งจัดสายระบายไม่ให้บิดหรือหักพับ และจัดถุงรองรับให้ต่ำกว่าระดับเอวผู้ป่วยเสมอ ส่วน JP drain ต่อลงขวดสุญญากาศ ดูแลให้ระบบเป็นสุญญากาศตลอดเวลา โดยสังเกตตัวหนอนด้านบนขวดจะต้องยุบตัวแน่น และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ซึ่งผู้ป่วยได้รับ - Ceftriaxone 2 gm IV OD และ Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชม.

สถานการณ์ของผู้ป่วยในระยะก่อนจำหน่าย

โดยเฉลี่ยระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่จะประมาณ 15 วัน (Paya-Llorente et al., 2017) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ แพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมท่อระบายทั้งสองสายหลังผ่าตัดวันที่สิบ ให้บันทึกปริมาณสารเหลววันละครั้ง และให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มิลลิลิตร นัดมาตรวจอุลตราซาวด์ บริเวณท่อทางเดินน้ำดีร่วมครั้งแรกเมื่อจำหน่ายครบสองสัปดาห์ จากนั้นนัดทุกสัปดาห์จนครบสองเดือน จึงจะถอดท่อรูปตัวทีออก และนัดตรวจอีกครั้งหลังการตรวจครั้งสุดท้ายหนึ่งปี

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลมีหน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยควรแจกสมุดคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ใส่คาท่อระบายจากทางเดินน้ำดี ร่วมกับให้ความรู้ และฝึกผู้ป่วยและญาติให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ดังนี้

1. การดูแลสายระบาย T-tube และ JP-drain ต่อลงถุง การบันทึกปริมาณและการเทน้ำดี

1.1 ป้องกันท่อระบายเลื่อนหลุด โดยใช้พลาสเตอร์เหนียวยึดท่อระบายติดกับผิวหนัง และป้องกันการดึงรั้งในขณะทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ไหมผ้านุ่มถักเปียผูกท่อระบายไว้รอบเอวตลอดเวลา และใส่ถุงรองรับน้ำดีลงถุงย่ามหรือถุงผ้า จัดให้ถุงอยู่ระดับต่ำกว่าเอว ดูแลท่อระบายไม่ให้หักพับหรือบิด

1.2 จดบันทึกปริมาณ สี และลักษณะของน้ำดีที่อยู่ในถุงรองรับ ในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน โดยบันทึกลงในสมุดบันทึก

1.3 ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการเทน้ำดีออกจากถุง โดยล้างมือด้วยน้ำและสบู่นานอย่างน้อย 20 วินาที จากนั้นใช้ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อชุบน้ำยาโพวิดีนเช็ดรอบปลายถุงรองรับน้ำดี ทั้งก่อนและหลังเทน้ำดี และใช้ผ้าก๊อซปราศจากเชื้อหุ้มปิดปลายถุงรองรับรัดด้วยยางวงไว้

1.4 เปลี่ยนถุงรองรับน้ำดีด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อทุก 2 สัปดาห์

1.5 กรณีมีคราบพลาสเตอร์ติดแน่นตามท่อระบาย ไม่ต้องใช้เบนซินหรืออะซีโตนเช็ด เพราะจะทำให้ท่อกรอบและแตกง่าย ให้ทำความสะอาดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์

1.6 ถ้ามีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้แก่ ท่อระบายเลื่อนออกมามากหรือหลุด น้ำดีไหลออกน้อยกว่าปกติอย่างชัดเจน (น้อยกว่าครึ่งจากปริมาณเดิม) สีน้ำดีขุ่นมากหรือเป็นหนอง มีน้ำดีซึมออกมารอบท่อระบาย มีอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้อง หรือตาขาวเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม หรืออุจจาระสีซีด

2. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดและแผลท่อระบายทุก 3 วัน หรือทุกครั้งที่มีสารคัดหลั่งซึมหรือเปียกน้ำ

ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ พร้อมกับสังเกตลักษณะผิวหนังที่ขอบแผล และความแข็งแรงของด้ายเย็บยึดท่อ หากแผลบวมแดงหรือมีหนองซึม หรือด้ายเย็บมีสภาพชำรุดหรือผิวหนังที่เย็บเปื่อยยุ่ย ต้องไปปรึกษาแพทย์และเย็บซ่อมแซมที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

3. รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการอย่างเพียงพอ โดยลดอาหารที่มีไขมันต่อไปอีกนาน 4-6 สัปดาห์ หลังจากนั้นค่อยๆ เพิ่มอาหารไขมันทีละน้อย หากมีอาการอืดแน่นท้องให้ลดอาหารไขมันลง และควรชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้ง

4. ดื่มน้ำให้ได้ปริมาณเท่ากับการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายทางน้ำดีและปัสสาวะ หรืออย่างน้อยวันละ 2,000 มล. สังเกตอาการของการขาดสมดุลน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากและเยื่อบุตาแห้ง กระหายน้ำ และปัสสาวะสีเข้ม หากมีอาการขาดน้ำ ให้เพิ่มปริมาณน้ำดื่มมากขึ้น

5. รับประทานยาที่ได้รับ โดยอธิบายการออกฤทธิ์ของยาแต่ละชนิดและอาการแทรกซ้อนที่อาจพบ

6. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 1) การอาบน้ำ อาบน้ำได้โดยวางถุงพลาสติกคลุมแผลปิดโดยรอบด้วยพลาสเตอร์กันน้ำ หรืออาจใช้แผ่นปิดแผลกันน้ำ หากผ้าปิดแผลเปียกน้ำ ให้เปลี่ยนผ้าปิดแผลใหม่ 2) ทำงานบ้านและออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน 3) ห้ามยกของหนักเกิน 2.5 กก. อย่างน้อย 1 เดือน หลังผ่าตัด 4) ขับรถได้ 5) มีเพศสัมพันธ์ได้ โดยระวังไม่ให้กระเทือนแผล

7. มาตรวจตามนัด ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ได้ทันที อาการผิดปกติที่อาจเกิดได้ ได้แก่ การติดเชื้อภายในช่องท้องด้านบนขวา แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการ ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ สารเหลวที่ออกจากท่อระบายมีลักษณะข้น เหนียวและกลิ่นเหม็น เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติใดใด ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือมาที่โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา โดยไม่ต้องรอวันนัด

สถานการณ์ของผู้ป่วยในระยะมาตรวจตามนัด

ระยะเวลาการติดตามอาการผู้ป่วย โดยปกติมีการนัดมาตรวจหลังผ่าตัดโดยเฉลี่ยคือ 13 เดือน (Paya-Llorente et al., 2017) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ แพทย์นัดมาตรวจทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินการระบายของน้ำดีและตรวจอุลตราซาวด์เพื่อสำรวจการคั่งค้างของน้ำดีบริเวณรอบท่อทางเดินน้ำดี เมื่อ JP drain ไม่มีสารเหลวออกมาแล้ว แพทย์ได้ถอดสาย JP drain ออก หลังจากผ่านไปหกสัปดาห์ แพทย์ให้ผู้ป่วยทดลองหักพับสายระบายจากท่อรูปตัวทีและรอจนครบสองสัปดาห์จึงถอดท่อระบายรูปตัวทีออก อีกหนึ่งสัปดาห์ต่อมา เมื่ออาการทั่วไปปกติดี แพทย์จึงนัดมาตรวจในอีก 12 เดือน

เป้าหมายการพยาบาลและแนวทางการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

พยาบาลควรสอบถามถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอาการปวดท้องหรือท้องอืด ตรวจแผล ความแข็งแรงของด้ายยึดท่อระบายและลักษณะของน้ำดี สอบถามถึงปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและให้คำแนะนำการจัดการปัญหา หรือช่วยประสานแหล่งสนับสนุนที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ในการเตรียมถอดท่อระบายรูปตัวที มีลำดับขั้นตอนการเตรียมถอดท่อล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วัน เริ่มจากการหักพับ (clamp) สาย T-tube 1 ชม. ก่อนและหลังอาหาร เพื่อให้น้ำดีไหลลงสู่ดูโอดินัม ขณะ clamp สาย ให้ผู้ป่วยสงเกตว่ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ ปวดท้อง หรือมีไข้ หรือไม่ หากมีอาการต้องเปิด clamp ก่อน หากไม่มีอาการผิดปกติให้เพิ่มระยะเวลา clamp สายนานขึ้นตามลำดับ จน clamp สายได้ตลอดวัน เมื่อครบ 7 วัน แพทย์จะถอดสาย T-tube ออก หลังถอดสายแล้ว พยาบาลต้องให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการปวดท้องด้านบนขวา และติดตามดูค่าอุณหภูมิร่างกาย หากมีไข้หรือมีอาการปวดท้อง ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หากแผลที่ถอดท่อระบายออกมีสารคัดหลั่งซึม ต้องทำความสะอาดแผล สังเกตลักษณะผิวหนังที่ขอบแผลและปิดก๊อซใหม่ หากผิวหนังที่ขอบแผลมีลักษณะบวมแดงหรือมีสารคัดหลั่งเหนียวข้นคล้าย

หนอง หรือมีกลิ่นเหม็น ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

การประยุกต์ความรู้จากบทความไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่

พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่ในทุกระยะตั้งแต่เริ่มมาตรวจ รอการวินิจฉัยโรคและกำหนดแผนการรักษา เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ฟื้นสภาพหลังผ่าตัด เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และเมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัด โดยพอจะสรุปแนวทางการพยาบาลที่สำคัญในแต่ละระยะได้ดังนี้

ปัญหาทางคลินิกที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยกลุ่มอาการเมอริซซี่คือความซับซ้อนในการวินิจฉัยโรคและการตรวจระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการผ่าตัดที่มีประสิทธิผลและผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำและรวดเร็วได้โดย เมื่อพบผู้ป่วยมาด้วยอาการดีซ่านและ/หรือปวดท้องด้านขวาบน ควรคิดถึงกลุ่มโรคที่เป็นไปได้ที่ทำให้ทางเดินน้ำดีอุดกั้นรวมถึงกลุ่มอาการเมอริซซี่ และซักประวัติที่ครอบคลุมถึงประวัติโรคในระบบตับและทางเดินน้ำดี ระยะเวลาเริ่มต้นของดีซ่าน สีของปัสสาวะและอุจจาระ สำหรับอาการปวดท้องควรสอบถามถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ ลักษณะความปวด ความสัมพันธ์กับมื้อและประเภทของอาหาร สอบถามอาการที่เกิดร่วม เช่น ไข้ คลื่นไส้ หรืออาเจียน จากนั้นควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจกับศัลยแพทย์

ในระยะรอการวินิจฉัยโรคและกำหนดแผนการรักษา พยาบาลควรให้ข้อมูลวิธีการตรวจและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ให้มุมมองทางบวกต่อการตรวจให้ได้การวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยและแจ้งแผนการผ่าตัดแล้ว พยาบาลควรประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด ประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และดูแลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทุกด้านก่อนการผ่าตัด เน้นการให้ข้อมูลที่จำเป็นและให้กำลังใจผู้ป่วย พร้อมกับอธิบายวิธีปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อให้ฟื้นสภาพได้โดยเร็ว

ระยะหลังผ่าตัด พยาบาลต้องเน้นการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิผล กระตุ้นให้ออกกำลังกายหลังผ่าตัดและช่วยให้ลุกออกจากเตียงโดยเร็ว ดูแลให้ได้รับสารอาหาร น้ำและอิเลคโตรไลท์อย่างเพียงพอ ดูแลการระบายของท่อระบายให้มีประสิทธิภาพ และดูแลป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยฟื้นสภาพจนใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นทักษะการดูแลท่อระบาย การทำความสะอาดแผลผ่าตัด และแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการดูแลตนเองที่ถูกต้องสอดคล้องกับอาการผิดปกติที่พบ

พยาบาลที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจะได้พบผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด ควรสอบถามถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอาการปวดท้องหรือท้องอืด ตรวจแผล ความแข็งแรงของด้ายยึดท่อระบายและลักษณะของน้ำดี สอบถามถึงปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและให้คำแนะนำการจัดการปัญหาหรือช่วยประสานแหล่งสนับสนุนที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หลังจากถอดท่อระบายรูปตัวทีแล้ว ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการปวดท้อง ท้องอืดและดีซ่าน ซึ่งจะต้องกลับมาพบแพทย์ใหม่ เนื่องจากอาจเกิดการตีบตันของท่อทางเดินน้ำดีร่วม หรือมีนิ่วอุดกั้นในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำได้แม้โอกาสการเกิดจะมีน้อยก็ตาม (4-7%) (Paya-Llorente et al., 2017)

สรุป

กลุ่มอาการเมอริซซี่ เป็นกลุ่มอาการที่อาจพบได้น้อย แต่มีความสำคัญทางคลินิก โดยเฉพาะมีความซับซ้อนในการวินิจฉัยและการรักษา การวินิจฉัยโรคและจำแนกระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพได้ในระยะก่อนผ่าตัด มีความสำคัญต่อการวางแผนการผ่าตัดที่เหมาะสมและรัดกุม พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและ

ปลอดภัยได้โดย เริ่มจากศึกษาธรรมชาติของโรค ทำความเข้าใจในอาการและอาการแสดง วิธีการตรวจวินิจฉัย วิธีการผ่าตัด เพื่อสามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามเป้าหมายการพยาบาลที่สำคัญเพื่อลดความวิตกกังวลในระยะรอการวินิจฉัย เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับฟังการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษา เตรียมความพร้อมเพื่อรับการผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพโดยเร็วหลังผ่าตัด แนะนำและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาที่ดีและใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Beltrán, M.A. (2012). Mirizzi syndrome: History, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World Journal of Gastroenterology, 18*(34), 4639-4650. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3442202/ doi: 10.3748/wjg.v18.i34.4639

Beltrán, M.A., Csendes, A., & Cruces, K.S. (2008). The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: Validation of a modified classification. *World Journal of Surgery, 32,* 2237-2243.

Chen, H., Siwo, E.A., Khu, M., & Tian, Y. (2018). Current trends in the management of Mirizzi syndrome: A review of literature. *Medicine (Baltimore), 97*(4): e9691. doi: org/10.1097/MD.0000000000009691

Clemente, A., Tringali, A., De Rose, A.M., Panettieri, E., Murazio, M., Nuzzo, G., & Giuliante, F. (2018). Mirizzi syndrome: diagnosis and management of a challenging biliary disease. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2018,* Article ID 6962090. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6109484/pdf/CJGH2018-6962090.pdf doi:org/10.1155/2018/6962090

European Society of Urogenital Radiology. (2019). *ESUR guidelines on use of CM in certain clinical situations.* Retrieved from http://www.esur.org/fileadmin/content/Contrast_Media_Education/VII_2011_CM_in_special_clinical_conditions.pdf

Mitsumoto, G.L., Silva, L.A.M., Ribeiro, M.A., Tocchio, M.M., Yvamoto, N.E., Santi, T.D., Santi, T.D., Ferreira, C.P.C., & Szutan, L.A. (2020). Mirizzi syndrome mimicking cholangiocarcinoma: *Case report, Acta Gastroenterol Latinoam, 50*(2), 198-204.

Paya-Llorente, C., Vazquez-Tarragon, A., Alberola-Soler, A.,Martinez-Perez, A., Martinez-Lopez, E., Santarrufina-Martinez, S., Ortiz-Tarin, I., & Armananzas-Villena, E. (2017). Mirizzi syndrome: A new insight provided by a novel classification. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg, 21,* 67-75. Retrieved from https://doi.org/10.14701/ahbps.2017.21.2.67

Uppara, M., & Rasheed, A. (2017). Systematic review of Mirizzi Syndrome's management. *Journal of Pancreas, 18*(1), 1-8. Retrieved from http://pancreas.imedpub.com

Valderrama-Treviño, A.I., Granados-Romero, J.J., Espejel-Deloiza, M., Chernitzky-Camaño, J., Mera, B.B., Estrada-Mata, A.G., Ceballos-Villalva, J.C., Campos, J.A., & Argüero-Sánchez, R. (2017). Updates in Mirizzi syndrome. *Hepatobiliary Surgical Nutrition, 6*(3), 170-178. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5474450/ doi: 10.21037/hbsn.2016.11.01

บทบาทพยาบาลในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล
The Nurses' Role in Rational Drug Use in Hospital

อัจฉริยา เชื้อเย็น * Achariya Churyen *

บทคัดย่อ

ความจำเป็นที่ควรมีการพิจารณาถึงเหตุผลหรือความจำเป็นในการใช้ยา เนื่องจากปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย เพราะอาจนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้ในการรักษา และอาจส่งผลกระทบต่อความสูญเสียด้านร่างกายของผู้ป่วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และให้พยาบาลวิชาชีพได้ทบทวนและประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ตามบทบาทกึ่งอิสระและภายใต้พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 ของสภาการพยาบาล

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากเป็นการใช้ยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจนและปลอดภัยกับผู้ป่วยขณะนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นบทบาทกึ่งอิสระของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยาอย่างสมเหตุผล โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย การให้ข้อวินิจฉัยทางเภสัชวิทยาของยา การวางแผนให้ยาตามความถูกต้อง 10 ประการ การลงมือปฏิบัติการให้ยาตามแผนที่วางไว้ การติดตามประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับยา ด้วยเหตุผลว่ากระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือของพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและมีความปลอดภัย

คำสำคัญ: *บทบาทพยาบาล, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, กระบวนการพยาบาล*

Abstract

The consideration for the reason or the necessity for drug usage is essential because of the unreasonable unwarranted use of drugs that may cause negative side-effects for the patient. This may lead to treatment failure or an adverse drug reaction, and may additionally affect a variety of physical abilities for the patient. This article aims to indicate the importance of reasonable drug usage and the role for registered nurses to review and apply the nursing process along with a rational drug usage regime in hospitals according to the interdependent role and apply this under the Nursing and Midwifery Act (No. 2), B.E. 2001 (2001) of Thailand Nursing and Midwifery Council.

---

* *ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ*

* *Corresponding Author, Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, taew.achariya20@gmail.com*

วันที่รับบทความ 20 มกราคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 8 กุมภาพันธ์ 2564 วันตอบรับบทความ 3 มีนาคม 2564

Rational use of drugs in the hospital is important considering that using quality and effective drugs appropriately and safely provides clinical benefits greater than the risks to the patients while receiving treatment in the hospital. Therefore, the interdependent role of registered nurses in providing drugs by applying the nursing process consist of; the patient's health condition assessment, medicine pharmacological diagnosis, medicine providing plan according to 10 principles, processing as per the plan, and following up the treatment assessment, including monitoring of side effects after taking medicine. For this reason the nursing process is an effective tool for the nursing process, and provides the maximum benefit and safety for their patients

Keywords: *Nurses' role, Rational use of drugs, Nursing process*

บทนำ

องค์การอนามัยโลก อธิบายว่าการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คือ "ผู้ป่วยได้รับยาเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด" (World Health Organization, 1987) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ระบุว่า "การใช้ยาอย่างสมเหตุผล คือ การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน ราคาเหมาะสมคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่ใช้ยาซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา ใช้ยาในกรอบบัญชียาตามแนวทางพิจารณาการใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้รับบริการให้การยอมรับและสามารถใช้ยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการให้เบิกจ่ายยานั้นได้อย่างยั่งยืน ใช้ยาโดยไม่เลือกปฏิบัติ ผู้รับบริการทุกคนได้ใช้ยาได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ" (Medicines Regulation Division, 2013) ซึ่งในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ "การให้ยา" นับเป็นบทบาทกึ่งอิสระที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา เนื่องด้วยพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลให้ยาถึงตัวผู้ป่วยโดยตรง (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2001) ปัจจุบันปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในโรงพยาบาลก็ยังคงเป็นเรื่องที่ต้องช่วยกันแก้ไข ดังเห็นได้จากข้อมูลของศูนย์ติดตามเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่พบว่าจำนวนรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในมนุษย์ที่ได้รับแจ้งจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทุกระดับทั่วประเทศยังมีจำนวนมาก ในช่วงปี พ.ศ. 2555 จนถึงปี พ.ศ. 2561 ได้รับเฉลี่ยถึงปีละ 40,000-50,000 ฉบับต่อปี โดยร้อยละ 20 ของรายงานที่ได้รับเป็นรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระดับร้ายแรง (Health Product Vigilance Center, 2018) ดังนั้น พยาบาลสามารถช่วยลดและป้องกันการเกิดปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในโรงพยาบาลได้ ผ่านการบริหารยาโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมบนพื้นฐานความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์

บทบาทพยาบาล: การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล

พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับแก้ไขที่ 2) พ.ศ.2544 (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2001) ระบุว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ โดยต้องกระทำสอดคล้องและอยู่ภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ ฉะนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจแผนการรักษาในส่วนที่

เกี่ยวกับยา เช่น ชื่อ กลไกการออกฤทธิ์ ขนาด การจัดเตรียม วิถีทางการให้ยา เป็นต้น รวมไปถึง การสังเกตและประเมินปฏิกิริยาภายหลังการให้ยา การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย การลงบันทึกหลังการให้ยา ตลอดจนการเก็บรักษายาที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งพยาบาล จะต้องมีข้อมูลยาที่ทันสมัยอยู่เสมอ ตลอดจนมีทักษะการให้ยาชนิดต่างๆ ตามวิถีทางการให้ยารูปแบบต่างๆ เป็นอย่างดี (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2020) นอกจากนั้น หัวใจสำคัญของการให้ยาแก่ผู้ป่วย คือ การบริหารยาอย่างปลอดภัย โดยใช้แนวทางการปฏิบัติการบริหารยาตามหลักความถูกต้อง 10 ประการ (10 rights) ที่ประกอบด้วย ชนิดของยาถูกต้อง (right drug) ขนาดของยาถูกต้อง (right dose) เวลาที่ให้ยาถูกต้อง (right time) ทางที่ให้ยาถูกต้อง (right route) และให้ยาถูกตัวผู้ป่วย (right patient) บันทึกการให้ยาถูกต้อง (right document) สิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับข้อมูลยาและสิทธิ์ในการปฏิเสธการรับยายาอย่างถูกต้อง (right to refuse) การตรวจสอบและประเมินประวัติการแพ้ยาถูกต้อง (right history and assessment) การตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างกันของยาที่ถูกต้อง (right drug-drug interaction and evaluation) และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาที่ถูกต้อง (right to education and information) (Taylor, Lynn, & Bartlett, 2019) ดังนั้น หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารยา จะนำไปสู่การปฏิบัติการให้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Lamchang, Suklerttrakul, & Lamchang, 2020)

การบริหารยาแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยตามบทบาทกึ่งอิสระของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องดังต่อไปนี้ (Lilley, Collins, & Snyder, 2019)

1. เภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) คือ กระบวนการที่ร่างกายจัดการกับยา เช่น การดูดซึมยา การกระจายยา การเปลี่ยนแปลงยา และการขับยาออกจากร่างกาย ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยที่กำหนดความเข้มข้นยา ความแรงของฤทธิ์ยา เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ และระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019) ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีเภสัชจลนศาสตร์ต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย ต่อไปนี้

1.1 การดูดซึมยา (drug absorption) เป็นกระบวนการนำโมเลกุลของยาจากตำแหน่งที่บริหารยาเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือด เป็นตัวกำหนดปริมาณยาในกระแสเลือดและความเร็วในการออกฤทธิ์ของยา (Lilley et al., 2019) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูดซึมยา ได้แก่

1.1.1 วิธีการบริหารยา (route of drug administration) การให้ยาทางปาก จะดูดซึมที่ลำไส้เล็กเป็นส่วนใหญ่ ปกติระยะเวลาที่ยาเคลื่อนจากกระเพาะอาหารไปสู่ลำไส้เล็กจะเท่ากับ 20-60 นาที หากยาค้างเกินกว่าเวลาดังกล่าว ยาก็จะถูกดูดซึมได้ช้า นอกจากนั้นอีกหนึ่งปัจจัย คือ หากยาถูกเคลื่อนไปยังลำไส้เล็กได้เร็ว การดูดซึมยาก็จะเกิดขึ้นได้เร็ว (Koziolek et al., 2019; Lilley et al., 2019) รวมไปถึงอาหารบางชนิดรบกวนการดูดซึมของยาได้ เช่น รับประทานยา tetracycline, ciprofloxacin ร่วมกับนม เนื่องจากยามีคุณสมบัติจับกับแคลเซียมได้สูง ยาจึงไปจับกับแคลเซียมแทน ส่งผลให้ปริมาณยาที่จะถูกดูดซึมได้จริงมีปริมาณลดลง อีกกระบวนการที่สำคัญสำหรับวิธีการให้ยาทางปาก คือ first pass metabolism เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือการทำลายยาโดยเอนไซม์ต่างๆ ในตับ ให้กลายเป็นสารที่ไม่ออกฤทธิ์ (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019) ปริมาณยาในกระแสเลือดที่สามารถออกฤทธิ์ได้จริงจึงมีน้อยลง หรือเรียกว่ามีปริมาณการดูดซึมต่ำ จึงต้องใช้ยาขนาดสูงขึ้น หรือเปลี่ยนให้โดยฉีดหรืออมใต้ลิ้นแทน เช่น ยา nitroglycerin เป็นต้น การให้ทางทวารหนัก ยาถูกดูดซึมผ่านหลอดเลือดแดงที่ลำไส้ใหญ่หรือเส้นเลือดดำที่ทวารหนัก การทาภายนอกหรือให้ผ่านผิวหนัง ยาถูกดูดซึมผ่านผิวหนัง และการสูดดม ยาถูกดูดซึมผ่านเยื่อบุโพรงจมูก วิธีการให้ยาที่กล่าวไปข้างต้นใช้ในกรณีที่ต้องการการออกฤทธิ์ของยาที่รวดเร็วออกฤทธิ์เฉพาะที่ หรือเลี่ยงการเกิดผลข้างเคียงที่

รุนแรง (Lilley et al., 2019) แต่วิธีการให้ยาที่ให้ผลรวดเร็วที่สุด คือ การฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากยาเข้าสู่กระแสเลือดโดยตรงทั้งหมด แต่ข้อเสีย คือ มักจะพบอัตราการเกิดผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยาสูง และพบมากในกลุ่มยา antibiotics (Spencer et al., 2018) เช่น ยา ampicillin หากใช้ขนาด 125-500 mg ควรฉีดช้าๆ อย่างน้อย 3-5 นาที หากใช้ขนาด 1-2 กรัม ควรใช้เวลามากกว่า 10-15 นาที ถ้าหากฉีดเร็วเกินกว่าเวลาข้างต้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชักได้ (World Health Organization, 1987)

1.1.2 การละลายในไขมัน (lipid solubility) เนื่องจากเยื่อหุ้มเซลล์มีโครงสร้างเป็นไขมัน ดังนั้นยาที่ละลายในไขมันได้ดีจึงจะถูกดูดซึมผ่านได้ดี เช่น ยา adrenaline, lidocaine เป็นต้น (Katzung & Trevor, 2018; Potter et al., 2020)

1.1.3 ความเป็นกรดเบส (pH) ยาที่มีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนจะถูกดูดซึมได้ดีที่กระเพาะอาหาร เนื่องจากมีความเป็นกรดมาก (pH ประมาณ 1-3) ทำให้ยาไม่แตกตัวและถูกดูดซึมได้ดี เช่น ยา phenytoin, ascorbic acid เป็นต้น หากยามีฤทธิ์เป็นเบสอ่อนจะถูกดูดซึมได้ดีที่ลำไส้เล็กเนื่องจากมีความเป็นเบสสูง จึงทำให้ยาไม่แตกตัว เช่น ยา ergometrine, diazepam เป็นต้น (Katzung & Trevor, 2018; Potter et al., 2020)

1.1.4 การไหลเวียนเลือด (blood flow) เป็นกระบวนการพายากระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย บริเวณที่มีเลือดไปเลี้ยงมาก การดูดซึมยาจะดีกว่าบริเวณที่เลือดไปเลี้ยงน้อย ดังนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยช็อค การไหลเวียนเลือดลดลง การให้ยาทางปากอาจไม่ได้ผล เช่นเดียวกับในผู้สูงอายุ เมื่อหัวใจทำงานลดลง การสูบฉีดเลือดจะน้อยลง เลือดจึงไหลผ่านตับน้อยลง จึงทำให้ยาถูกดูดซึมได้น้อย นอกจากนั้น การนวดหรือให้ความร้อนในบริเวณที่ให้ยา จะช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด ทำให้การดูดซึมยาเพิ่มขึ้น (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019)

1.1.5 พื้นที่ผิวในการดูดซึม (absorption area) บริเวณที่มีพื้นที่ผิวมาก ยาจะถูกดูดซึมได้มากกว่าบริเวณที่มีพื้นที่ผิวน้อย เช่น กระเพาะอาหารจะมีการดูดซึมยาน้อยกว่าลำไส้เล็ก (Chillistone & Hardman, 2017; Katzung & Trevor, 2018; Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2020)

1.1.6 ขนาดหรือความเข้มข้นของยา (drug dosage) ยาจะเคลื่อนตัวโดยใช้กระบวนการแพร่ หากให้ยาในความเข้มข้นสูงการดูดซึมยาจะเกิดขึ้นได้ไวมาก ระดับยาในเลือดจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจทำให้เกิดพิษของยาได้ (Chillistone & Hardman, 2017; Katzung & Trevor, 2018) การให้ยาในขนาดที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

1.2 การกระจายยา (drug distribution) ยาต้องอยู่ในรูปอิสระไม่จับกับสารชนิดอื่น ซึ่งสารหรือโปรตีนบางชนิดในเลือดมีผลต่อการกระจายยา เช่น albumin ชอบจับกับยาที่เป็นกรด เช่น warfarin, กลุ่มยา NSAIDs เป็นต้น และ alpha-1-acid glycoprotein จะชอบจับกับยาที่เป็นเบส เช่น chlorpromazine, imipramine, propranolol เป็นต้น มีผลทำให้ยากระจายไปออกฤทธิ์ได้ช้า ยาสะสมในเลือดสูงขึ้นและเกิดพิษได้ นอกจากนั้น ระบบไหลเวียนเลือดก็มีผลต่อการกระจายยา อวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงมาก เช่น หัวใจ ตับ ไต และสมอง ยาจะกระจายไปส่วนนั้นได้เร็วกว่าอวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงน้อย เช่น อวัยวะภายใน กล้ามเนื้อ ผิวหนัง และไขมัน (Chillistone & Hardman, 2017; Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019)

1.3 การเปลี่ยนแปลงยา (drug metabolism) ยาจะถูกเปลี่ยนแปลงโดยเอนไซม์ต่างๆ ในตับ ให้เป็นสารที่หมดฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา มีฤทธิ์เพิ่มขึ้น หรือมีฤทธิ์เท่าเดิมก็ได้ โดยระยะที่ 1 (phase I reaction) จะถูกเปลี่ยนโดยเอนไซม์กลุ่ม cytochrome P450 (CYP450) และระยะที่ 2 (phase II reaction) เป็นการรวมตัวของยากับสารประกอบในร่างกาย ทำให้ยาไม่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019) กระบวนการทั้งหมดนี้เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้ยาละลายน้ำได้ดี ละลายในไขมัน

ได้ลดลง เป็นโมเลกุลที่มีขั้ว และถูกขับออกจากร่างกายได้ดี การเปลี่ยนแปลงยาในผู้ป่วยแต่ละรายจะต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

1.3.1 เอนไซม์เหนี่ยวนำ (enzyme inducer) เป็นปฏิกิริยาที่ทำให้อัตราการเปลี่ยนแปลงยาเพิ่มขึ้นและเร็วขึ้น หากเกิดกับตัวยาที่มีคุณสมบัติมีฤทธิ์หรือออกฤทธิ์ได้ไว อาจทำให้เกิดความเป็นพิษของยาได้สูง ในขณะเดียวกันยาถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จะส่งผลให้ระดับยาในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว ฤทธิ์ของยาจึงให้ประสิทธิภาพต่อการรักษาที่ลดลง ตัวอย่างยาที่มีฤทธิ์เป็น enzyme inducer เช่น carbamazepine, rifampin, phenytoin, ethanol เป็นต้น (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019)

1.3.2 เอนไซม์ยับยั้ง (enzyme inhibitor) เป็นการยับยั้งการทำงานของ enzyme ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงยา หากเอนไซม์นั้นมีฤทธิ์เปลี่ยนให้ยาเป็นสารหมดฤทธิ์ การเปลี่ยนแปลงยาก็จะเกิดขึ้นช้าลง ระดับยาสะสมในเลือดสูงขึ้นและยามีฤทธิ์ยาวนานขึ้น อาการไม่พึงประสงค์หรือพิษจากยาก็อาจเกิดได้มากขึ้น ในทางกลับกันหากเอนไซม์มีฤทธิ์เปลี่ยนยาให้เป็นสารที่ออกฤทธิ์ เมื่อร่างกายขาดเอนไซม์ยาก็จะไม่ถูกเปลี่ยนแปลง ทำให้ยาไม่มีประสิทธิภาพต่อการรักษา ตัวอย่างยาที่มีฤทธิ์เป็น enzyme inhibitor เช่น clarithromycin, ketoconazole, allopurinol, cimetidine เป็นต้น (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019)

1.3.3 ความแตกต่างทางพันธุกรรม (genetic polymorphisms) เอนไซม์ที่มีคุณสมบัติการเปลี่ยนแปลงยาสูงและความหลากหลายทางพันธุกรรมสูง คือ CYP2D6, CYP2C9 และ CYP2C19 ดังนั้นถ้าหากพบผู้ป่วยที่มีเอนไซม์เหล่านี้อาจต้องมีการปรับใช้ยาที่มีขนาดสูงขึ้นหรือลดลงตามลักษณะทางพันธุกรรม เช่น ผู้ป่วยมีเอนไซม์ CYP2C9 จะมีความสามารถในการจับกับสารต่ำ เมื่อได้รับยา warfarin ทำให้อัตราการเปลี่ยนแปลงยาต่ำ ยากลายเป็นสารหมดฤทธิ์ ทำให้เกิดอาการเลือดออกได้ง่าย (Lilley et al., 2019)

1.3.4 โรคหรือความผิดปกติที่ตับ หากการไหลเวียนเลือดผ่านตับลดลง การ metabolite ก็จะลดลง ระดับ albumin ในเลือดลดลง ยาจะอยู่ในรูปอิสระมากขึ้น ทำให้ระดับยาในเลือดสูงขึ้น (Almazroo, Miah, & Venkataramanan, 2017; Katzung & Trevor, 2018; Wooten, 2012) ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง จึงควรระวังการใช้ยา เช่น ยา diazepam, cyclosporine เป็นต้น หรือในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีควรระวังการใช้ยา เช่น phenytoin, omeprazole เป็นต้น หากต้องมีการให้ยาร่วมกันหลายชนิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ตับ ควรมีการให้ยาอย่างระมัดระวัง เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือพิษจากการใช้ได้ง่าย (Almazroo et al., 2017)

1.3.5 อายุ ทารกแรกเกิด จะเปลี่ยนแปลงยาได้สมบูรณ์ใกล้เคียงกับผู้ใหญ่เมื่ออายุประมาณ 1 ปี เนื่องจากเอนไซม์ต่างๆ ยังสร้างได้ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้ในเด็กขับยาออกจากร่างกายได้ช้า มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยาได้ง่าย (Katzung & Trevor, 2018) นอกจากนั้นอายุที่มากขึ้นการทำงานของตับจะลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของเอนไซม์ในตับของผู้สูงอายุลดลง การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ตับลดลง การเปลี่ยนแปลงยาจึงลดลง (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019; Wooten, 2012) ดังนั้นการให้ยาในเด็กและผู้สูงอายุจึงต้องให้อย่างด้วยความระมัดระวัง

1.4 การขับยาออกจากร่างกาย (drug excretion) ยาที่ละลายในน้ำได้ดีและอยู่ในรูปอิสระจะถูกขับออกได้ดี หากยาที่มีการจับกับโปรตีนก็จะถูกขับออกได้น้อย (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019) การหลั่งสารที่ท่อหน่วยไต โดยอาศัยโปรตีนตัวพาเป็นตัวช่วยขับยาจากพลาสมาเข้าสู่ท่อหน่วยไต หากให้ยาที่มีประจุชนิดเดียวกันร่วมกัน เช่น ยา cimetidine กับ procainamide (ฤทธิ์เป็นเบสอ่อนทั้งคู่) จะทำให้เกิดการแย่งใช้โปรตีนตัวพาทำให้ยาบางส่วนขับออกมาไม่ได้ ระดับยาสะสมในเลือดของยาทั้งสองจึงสูงขึ้น ก็อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือพิษจากยาได้ (Ivanyuk, Livio,

Biollaz, & Buclin, 2017; Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019) และสุดท้าย คือ การดูดกลับที่ท่อหน่วยไต จะอาศัยความเป็นกรดเบสของปัสสาวะ เช่น ยาที่มีฤทธิ์เป็นกรดอ่อน หากปรับ pH ของปัสสาวะให้เป็นเบส ยาจะแตกตัวได้ดี ถูกดูดซึมกลับน้อย และถูกขับออกได้ดี ในทางตรงกันข้าม ยาที่มีฤทธิ์เป็นเบสอ่อน หากปรับ pH ของปัสสาวะให้เป็นกรดมากขึ้น ยาก็จะถูกขับออกได้ดี (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019) ตัวอย่างเช่น ยา penicillin เป็นกรดอ่อน จะถูกขับออกได้เร็ว จึงมีระยะเวลาการออกฤทธิ์สั้น จึงมักให้ probenecid (มีฤทธิ์เป็นกรดอ่อน) เพื่อช่วยลดการขับ penicillin เพิ่มการดูดซึมกลับ และมีเวลาการออกฤทธิ์ที่นานขึ้น (Potter et al., 2020)

2. เภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) คือ กระบวนการออกฤทธิ์ของยา ที่ไปมีผลต่อร่างกายทั้งด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา เชื่อว่ายาไปจับกับโมเลกุลของร่างกายที่ทำหน้าที่เป็นตัวรับ ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางเคมีกลายเป็นฤทธิ์ของยา ที่มีทั้งฤทธิ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019) ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยา ดังนี้

2.1 ปัจจัยที่ทำให้ฤทธิ์ยาเปลี่ยนแปลง (factors affecting drug action)

2.1.1 ตัวรับ (receptor) เป็นไปได้ทั้งการมีตัวรับลดลงหรือความสามารถของยาในการจับกับตัวรับที่ลดลง ส่งผลให้การรักษาเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควร ต้องมีการปรับขนาดหรือความเข้มข้นของยาเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงจากการใช้ยาในผู้ป่วยก็จะเพิ่มขึ้น เช่น การใช้ยา propranolol ในผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจับของยาลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการลดระดับความดันโลหิตของยาลดลง นอกจากนั้นยังมีผลที่เกี่ยวเนื่องมาจากกระบวนการเภสัชจลนศาสตร์ที่ทำผู้ป่วยให้มีระดับยาในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ปริมาณตัวรับจึงจับกับยาได้มากขึ้น ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้มากขึ้น และโอกาสที่จะเกิดพิษจากยาให้กับผู้ป่วยมีมากขึ้น (Katzung & Trevor, 2018; Wooten, 2012)

2.1.2 ขนาดของยาและการตอบสนองทางคลินิก (dose response) กลุ่มประชากร สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรมที่ต่างกัน การตอบสนองต่อยาจะต่างกัน เนื่องจากระดับความเข้มข้นของยาที่จะไปถึงตำแหน่งตัวรับของผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน (Katzung & Trevor, 2018)

2.2 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction: ADR) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น เป็นการตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตรายต่อร่างกายผู้ป่วยระหว่างการรักษาด้วยขนาดยาปกติและให้อย่างถูกวิธี (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019)

2.2.1 ปฏิกิริยาการแพ้ยา (allergic effect) เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายมีการสร้างแอนติบอดี้เพื่อต่อต้านยาชนิดนั้นหลังจากได้รับยาในครั้งแรก เมื่อได้รับยาชนิดเดิมในครั้งต่อมา จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ อาจเกิดขึ้นทันทีหรือค่อยเป็นค่อยไปก็ได้ (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019) เป็นปฏิกิริยาที่พยาบาลควรประเมินหลังการให้ยา

2.2.2 การดื้อยา (drug tolerance) เป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายปรับตัวลดการตอบสนองต่อฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาลง ทำให้การรักษาแต่ละครั้งต้องเพิ่มขนาดยาที่มากขึ้นหรือเปลี่ยนชนิดของยาที่ใช้รักษา เพิ่มระยะเวลาการนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตให้กับผู้ป่วยมากขึ้น กลุ่มยา antibiotics เป็นกลุ่มที่มักพบการดื้อยาได้บ่อย (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019)

2.2.3 ปฏิกิริยาจากพิษของยา (toxin effect) อาจพบได้ในอวัยวะที่ไม่ต้องการให้เกิดผล เช่น propranolol มีฤทธิ์ยับยั้ง beta-1 receptor ที่หัวใจ ทำให้หัวใจทำงานช้าลง ช่วยลดความดันโลหิตได้ แต่ในขณะเดียวกัน ยายังมีฤทธิ์ไปจับ beta-2 receptor ที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมด้วยเช่นกัน หลอดลมจึงหดรัดตัว เกิดอาการหายใจลำบากได้ (Tiotiu et al.,

2019) ดังนั้นจึงควรระมัดระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีโรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด หรือมีความผิดปกติของหัวใจ

2.2.4 ปฏิกิริยาต่อกันของยา (drug interactions) คือ การตอบสนองที่ผิดปกติของร่างกายต่อฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา จากการใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปร่วมกัน อาจเสริมฤทธิ์กันเป็นผลให้เกิดพิษกับร่างกาย หรือต้านฤทธิ์กันเป็นผลให้ประสิทธิภาพในการรักษาของยาลดลง พบได้มากในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความเสื่อมที่เกิดขึ้นตามวัย ส่งผลให้มีโรคร่วมที่หลากหลาย จึงมีการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Wooten, 2012) เช่น การใช้ยา amiodarone ร่วมกับ warfarin เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาต่อกัน โดย amiodarone ไปยับยั้ง CYP2C9 และ CYP1A2 ที่ใช้ metabolize ยา warfarin และแย่งจับโปรตีนที่อยู่ในเลือด ทำให้ระดับยา warfarin อยู่ในรูปอิสระมากขึ้น ทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น (Lilley et al., 2019) อาหารสามารถเกิดปฏิกิริยาต่อกันกับยา (food-drug interaction) ได้ โดยไปแย่งจับกับตัวรับของยาและทำให้การดูดซึมยาลดลง (Nutescu, Chuatrisorn, & Hellenbart, 2011)

2.2.5 ปฏิกิริยาการตอบสนองที่ผิดปกติของร่างกายต่อยา (idiosyncratic effect) มักสัมพันธ์กับพันธุกรรมที่ตอบสนองต่อยาที่ไวกว่าปกติ เช่น ในผู้ป่วย Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase (G6PD) ที่ได้รับยา เช่น aspirin, sulfonamides, primaquine จะทำให้เม็ดเลือดแดงเกิดการสลายตัวได้มากขึ้น เสี่ยงต่อภาวะ anemia มากขึ้น (Katzung & Trevor, 2018; Lilley et al., 2019)

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล: การให้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างสมเหตุผลตามความคาดหวังขององค์การอนามัยโลก ในบทบาทของพยาบาลผู้เขียนจึงนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับการบริหารยา เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยมีรายละเอียดอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ยกตัวอย่าง: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 82 ปี ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล แพทย์พบว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ceftriaxone และ penicillin แพทย์จึงให้ยา ciprofloxacin (400 mg) ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง หลังจากให้ ciprofloxacin ไป 3 วัน ไข้ลดลง แพทย์จึงเปลี่ยนเป็น ciprofloxacin (500 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น หลังจากเปลี่ยนเป็นยาชนิดรับประทานพบว่าผู้ป่วยเริ่มกลับมามีไข้ ซึ่งจากการสังเกตพบว่าทุกๆ วัน หลังรับประทานอาหารเย็น ผู้ป่วยจะดื่มนม 1 กล่อง เป็นประจำ นอกจากนั้น ในผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเดิมเป็นโรคหัวใจเต้นพลิ้ว รับการรักษาที่คลินิกวาร์ฟาริน โดยใช้ยา warfarin ขนาด 3 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด เวลาก่อนนอนและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมานาน

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางการแพทย์และการพยาบาล ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการรักษาครั้งนี้ของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนและกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยข้อมูลจากการประเมิน ได้แก่ ข้อมูลอัตนัย (subjective data) และ ข้อมูลปรนัย (objective data) (Lilley et al., 2019) จากตัวอย่างนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผล ได้ข้อมูลอัตนัยและปรนัยดังนี้

ยกตัวอย่าง

ข้อมูลอัตนัย (subjective data):

1. ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 82 ปี มีประวัติเป็นโรคหัวใจเต้นพลิ้ว รักษาด้วยยา warfarin ต่อเนื่อง

2. ขณะนี้รับการรักษาอาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะด้วยยา ciprofloxacin

3. ผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่ทราบถึงข้อควรระวังในการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับ warfarin และการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับนม

ข้อมูลปรนัย (objective data):

1. ได้รับการรักษาด้วย ciprofloxacin (500 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น

2. ได้รับการรักษาด้วยยาโรคประจำตัวของผู้ป่วย คือ warfarin (3 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด เวลาก่อนนอน

3. ผู้ป่วยกลับมามีไข้ หลังจากเปลี่ยนยา ciprofloxacin ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นชนิดรับประทาน

4. จากการสังเกต หลังอาหารเย็น ผู้ป่วยจะดื่มนม 1 กล่อง เป็นประจำ

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) จากตัวอย่าง ข้อมูลอัตนัยและปรนัยที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้ดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ciprofloxacin กับยา warfarin

2. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ciprofloxacin กับนม จากพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย

3. วางแผนการพยาบาล (planning) จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของข้อมูลตัวอย่าง นำมาวางแผนการพยาบาล ซึ่งต้องมีความสอดคล้องกันทั้งวัตถุประสงค์การพยาบาล (objective) เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล (outcome) และกิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) ได้ดังนี้

ยกตัวอย่าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ciprofloxacin กับยา warfarin

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อควรระวังในการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับยา warfarin

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ciprofloxacin กับยา warfarin ในผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยและผู้ดูแล บอกข้อควรระวังในการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับยา warfarin ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 100

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลบริหารยาให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ตามหลัก 10 rights ประกอบด้วย ตรวจสอบยาและชื่อยา ขนาด เวลา และวิถีทางที่ให้ ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่จะได้รับจากการรักษาด้วยยา ciprofloxacin และยา warfarin รวมถึงอาการข้างเคียง โดยภายหลังรับข้อมูลผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการรับยา ซักถามและตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ยาและอาหารที่ผู้ป่วยเคยได้รับหรือกำลังได้รับอยู่ที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยได้รับ และหลังให้ยาต้องลงบันทึกในใบบันทึกการบริหารยาตามเวลาที่ให้ยาจริงทันที สำหรับข้อมูลตัวอย่าง เพื่อเลี่ยงการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อการรักษา ยา warfarin จึงควรจัดให้ผู้ป่วยในเวลาก่อนนอน (เวลาเดียวกัน) ของทุกๆ วัน ตามแผนการรักษา เนื่องจากเป็นเวลากระเพาะอาหารว่าง จึงทำให้ยาไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปฏิกิริยากับอาหาร (Lilley et al., 2019)

2. ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับข้อควรระวังในการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับยา warfarin คือ ให้เฝ้าระวังอาการเลือดออกผิดปกติ เช่น จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น (Lilley et al., 2019) หากพบให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาล เนื่องจากการตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้ความเจ็บป่วยและการรับประทานยา ช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (Sangsonggrit, Pinyopasakul, Kusuma Na Ayuthya, Sriprasong, & Nilanont, 2014)

3. ประเมินการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ciprofloxacin กับ ยา warfarin เช่น อาการเลือดออกผิดปกติ (จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน

อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น) ติดตามประเมินค่า international normalized ratio (INR) ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยให้อยู่ในช่วง 2.0-3.0 เนื่องจากยา ciprofloxacin มีปฏิกิริยาในการเพิ่มฤทธิ์ของยา warfarin (Lilley et al., 2019; Mousavi & Ghanbari, 2017)

ยกตัวอย่าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ciprofloxacin กับนม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อควรระวังในการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับนม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ciprofloxacin กับนม ในผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยและผู้ดูแล บอกข้อควรระวังในการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับนม ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 100

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลบริหารยาให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ตามหลัก 10 rights สำหรับข้อมูลตัวอย่าง เพื่อเลี่ยงการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับนม และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อการรักษา ยา ciprofloxacin จึงควรจัดให้ หลังจากผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เนื่องจากนมมีแคลเซียมสูง เมื่อทำปฏิกิริยากับยา ciprofloxacin จะเกิดเป็นสารประกอบเชิงซ้อนที่ไม่สามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ ซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพของยาต่อการรักษาลดลง (Koziolek et al., 2019) (ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ กลับมามีไข้หลังจากเปลี่ยนยา ciprofloxacin เป็นชนิดรับประทาน อาจมีผลเนื่องมาจากการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับนม)

2. ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับข้อควรระวังการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับนม และขอความร่วมมือผู้ป่วยเลี่ยงรับประทานนมพร้อมกับยา พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเวลาการรับประทานนมให้เป็นช่วงเวลากลางวัน เพื่อลดการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับนม (Koziolek et al., 2019)

3. ประเมินการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ciprofloxacin กับนม เช่น อาการแสดงการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ปัสสาวะไม่เป็นสีเหลืองใส ประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น มีค่ามากกว่า 37.5 ˚C (มีไข้) เป็นต้น

4. ปฏิบัติการพยาบาล (implementation) นำแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ ไปปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยมีหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ได้รับยาอย่างปลอดภัย ไม่มีผลกระทบที่ส่งผลต่อการรักษา และมีการลงบันทึกการพยาบาล หลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยทุกครั้ง

5. ประเมินผลการพยาบาล (evaluation)

ยกตัวอย่าง

การประเมินผลการพยาบาล

หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ciprofloxacin กับยา warfarin และยา ciprofloxacin กับนม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกข้อควรระวังในการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับยา warfarin และข้อควรระวังการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับนม ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 100

ถ้าหากผลการประเมินไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์การพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้ พยาบาลต้องกลับไปทบทวนและปรับกระบวนการพยาบาลใหม่อีกครั้ง เพื่อให้ได้ผลที่บรรลุตามวัตถุประสงค์การพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้

วิเคราะห์กรณีศึกษาตัวอย่าง

จากกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยมีปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา ประเด็นแรก คือ การใช้ยา ciprofloxacin ร่วมกับยา warfarin การใช้ยา 2 ชนิดนี้ร่วมกัน จะทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกัน ยา ciprofloxacin จัดอยู่ในกลุ่มยา fluoroquino-

lones ที่เพิ่มฤทธิ์ให้กับยา warfarin ทำให้ผู้ป่วยมีค่า INR ที่สูงขึ้น และเกิดเลือดออกผิดปกติได้หลังจากได้รับยา โดยกลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่า ยากลุ่ม fluoroquinolones ไปยับยั้งเอนไซม์ CYP1A2 ทำให้เอนไซม์นี้ไม่สามารถไป metabolite ยา warfarin ได้ จึงทำให้ยา warfarin ถูกสะสมอยู่ในกระแสเลือด เป็นผลให้ความเข้มข้นของยาในเลือดสูงขึ้น จึงทำให้ยาเพิ่มอัตราการเกิดเลือดออกผิดปกติมากขึ้น (Lilley et al., 2019; Mousavi & Ghanbari, 2017; (Nutescu et al., 2011) นอกจากนั้น ในอาหารที่มี ไขมัน โปรตีน หรือวิตามินต่างๆ ปนอยู่ อาจไปแย่งจับกับตัวรับของยา ทำให้การดูดซึมยาลดลง ดังนั้น เวลาที่เหมาะสมจึงควรให้ขณะที่ท้องว่างหรือให้ก่อนหรือหลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (Nutescu et al., 2011) ในกรณีศึกษาให้ยา warfarin เวลาก่อนนอน เป็นช่วงเวลาที่ยาไม่ถูกรบกวนจากอาหาร และภายหลังให้ยาต้องเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น เลือดออกผิดปกติ การติดตามค่า INR ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับข้อควรระวังการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับยา warfarin ให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถประเมินอาการของตนเองได้ ประเด็นที่สอง คือ การรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับนม หลายรายงานการศึกษาพบว่า ยาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolones สามารถจับกับธาตุที่มีประจุ 2-3 บวกแล้วเกิดเป็นสารประกอบเชิงซ้อน ซึ่งสารประกอบเชิงซ้อนนี้จะไม่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย นมมีแคลเซียม (Ca2+) ที่เป็นธาตุที่มีประจุ 2 บวกอยู่ปริมาณมาก เมื่อให้ยา ciprofloxacin ร่วมกับนม จึงทำให้ยา ciprofloxacin ถูกดูดซึมลดลง ส่งผลให้ระดับยาในเลือดไม่ถึงระดับรักษา (therapeutic level) ประสิทธิภาพต่อการรักษาจึงลดลง (Ased, Wells, Morrow, & Malesker, 2018; Koziolek et al., 2019) นอกจากนั้นอาหารมีผลลดการดูดซึมของยาด้วยเช่นกัน (Nutescu et al., 2011) ในกรณีศึกษาผู้ป่วยกลับมามีไข้อีกครั้งหลังจากเปลี่ยนจากยา ciprofloxacin ชนิดฉีดเป็นชนิดรับประทาน และช่วงเวลาการรับประทานนมใกล้เคียงกับการรับประทานยา เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับนม ทำให้ประสิทธิภาพต่อการรักษาของยา ciprofloxacin ลดลง ในบทบาทพยาบาลเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงควรให้ยาหลังผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อควรระวังการรับประทานยา ciprofloxacin ร่วมกับนม และขอความร่วมมือผู้ป่วยเลี่ยงรับประทานนมพร้อมกับยา พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเวลาการรับประทานนมให้เป็นช่วงเวลากลางวัน เพื่อลดการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับนม นอกจากนั้นแล้วพยาบาลยังคงต้องติดตามเฝ้าระวังอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยร่วมด้วย

บทสรุป

การใช้ยาโดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อรักษา ป้องกัน และควบคุมโรค แต่ถ้าหากยาถูกนำมาใช้อย่างไม่สมเหตุผลก็อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา เพิ่มระยะเวลานอนรับการรักษาในโรงพยาบาลที่นานขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นในการบริหารยาแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยตามบทบาทกึ่งอิสระของพยาบาลวิชาชีพกับการให้ยาอย่างสมเหตุผล จึงควรมีการประยุกต์ใช้ความรู้พื้นฐานด้านเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยาร่วมกับการบริหารยา รวมไปถึงประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ที่นับได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพของวิชาชีพพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ประกอบไปด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล เพื่อช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกับผู้ป่วย

เกิดความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยา ร่วมกับการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ เพื่อนำไปสู่การให้ยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

Almazroo, O. A., Miah, M. K., & Venkataramanan, R. (2017). Drug metabolism in the liver. *Clinics in Liver Disease, 21*(1), 1-20.

Ased, S., Wells, J., Morrow, L. E., & Malesker M. A. (2018). Clinically significant food-drug interactions. *The Consultant Pharmacist, 33*(11), 649-657.

Chillistone, S., & Hardman, J. G. (2017). Factors affecting drug absorption and distribution. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine, 18*(7), 335-9.

Health Product Vigilance Center. (2018). *Spontaneous reports of adverse drug reactions A.D. 2017.* Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House. (In Thai)

Ivanyuk, A., Livio, F., Biollaz, J., & Buclin, T. (2017). Renal drug transporters and drug interactions. *Clinical Pharmacokinetics, 56*(8), 825-92.

Katzung, B. G., & Trevor, A. J. (2018). *Basic and clinical pharmacology* (14th ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Koziolek, M., Alcaro, S., Augustijns, P., Basit, A. W., Grimm, M., Hens, B., ... Corsetti, M. (2019). The mechanisms of pharmacokinetic food-drug interactions-A perspective from the UNGAP group. *European Journal of Pharmaceutical Sciences, 134,* 31-59.

Lamchang, S., Suklerttrakul, T., & Lamchang, P. (2020). Development of pediatric medication administration multimedia for nursing students. *Nursing Journal, 46*(1), 114-125. (In Thai)

Lilley, L. L., Collins, S. R., Snyder, J. S. (2019). *Pharmacology and the nursing process E-Book* (9th ed.). Canada: Elsevier Health Sciences.

Medicines Regulation Division. (2013). *Food and drug administration ministry of public health. National list of essential medicines A.D. 2013.* Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. Limited. (In Thai)

Mousavi, S., & Ghanbari, G. (2017). Potential drug-drug interactions among hospitalized patients in a developing country. *Caspian Journal of Internal Medicine, 8*(4), 282-288.

Nutescu, E., Chuatrisorn, I., & Hellenbart, E. (2011). Drug and dietary interactions of warfarin and novel oral anticoagulants: An update. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis, 31*(3), 326-343.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2020). *Fundamentals of nursing-E-Book* (10th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

Sangsonggrit, N., Pinyopasakul, W., Kusuma Na Ayuthya, S., Sriprasong, S., & Nilanont, Y. (2014). Predictors of medication adherence in ischemic stroke patients. *Nursing Journal, 41*(2), 61-71. (In Thai)

Spencer, S., Ipema, H., Hartke, P., Krueger, C., Rodriguez, R., Gross, A. E., ... Gabay, M. (2018). Intravenous push administration of antibiotics: Literature and considerations. *Hospital Pharmacy, 53*(3), 157-69.

Taylor, C., Lynn, P., & Bartlett, J. (2019). *Fundamentals of Nursing: The art and science person-centered care* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2001). *Nursing and midwifery standard A.D. 2001.* Retrieved April 6, 2020, from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/ files/A666.pdf. (In Thai)

Tiotiu, A., Novakova, P., Kowal, K., Emelyanov, A., Chong-Neto, H., Novakova, S., ... Labor, M. (2019). Beta-blockers in asthma: Myth and reality. *Expert Review of Respiratory Medicine, 13*(9), 815-22.

Wooten, J. M. (2012). Pharmacotherapy considerations in elderly adults. *Southern Medical Journal, 105*(8), 437-45.

World Health Organization. (1987). *The rational use of drugs: Report of the conference of experts, Nairobi, 25-29 November 1985* (pp. 138-148). Geneva: Albany: World Health Organization.