

**ผลของโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกต่อความถี่และความรุนแรง
ของอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์**
**THE EFFECT OF HEARTBURN MANAGEMENT PROGRAM ON
FREQUENCY AND SEVERITY OF HEARTBURN IN PREGNANT WOMEN**

ดรัรัตน์ เชื้อเมืองแสน* ดร.จันทิมา ขนบดี** ดร.จรัสศรี ธีระกุลชัย***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกต่อความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้กรอบทฤษฎี Symptom Management Model ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ 48 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามารามิบัติ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกจากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสิทธิภาพการมีอาการแสบร้อนยอดอก และแบบบันทึกอาการแสบร้อนยอดอก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายสถิติการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed ranks test) และสถิติการทดสอบแมนน์-วิทนีย์ (Mann-Whitney U Test)

ผลการศึกษาพบว่าความถี่และความรุนแรงของอาการในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอก สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอก เพื่อลดความถี่และความรุนแรงของอาการ

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอก/ ความถี่/ ความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอก

Abstract

This study was a quasi-experimental research, aimed to determine the effects of a heartburn management program on the frequency and severity of heartburn in pregnant women. A symptom management model of Dodd et al. (2001) was used as the conceptual framework of the study.

*นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์โรงเรียนพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์โรงเรียนพยาบาลรามารามิบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

The sample consisted of 48 pregnant women who attended a prenatal clinic at Ramathibodi Hospital. They were divided into an experimental group and a control group. The experimental group received the usual care from nursing staff and heartburn management program from the researcher, whereas the control group received only the usual care from nursing staff. Data collection took place during January to May 2015 by using demographic data questionnaire, heartburn experience questionnaire and heartburn recording form. Descriptive statistics, Wilcoxon signed ranks test and Mann-Whitney U Test were used to analyze the data.

Findings of the study revealed that the frequency and the severity of heartburn in the experimental group after finishing the heartburn management program decreased with statistical significance ($p < .05$). In addition, the frequency and the severity of heartburn in the experimental group were less than those in the control group with statistical significance ($p < .05$). Based on the results of the study, a heartburn management program could be utilized as the guideline of nursing care plan for pregnant women suffering from heartburn to reduce the frequency and the severity of the symptom.

Keywords: heartburn management program, frequency of heartburn, severity of heartburn

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อรักษาความสมดุลของร่างกายและส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์จนกระทั่งคลอด (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในขณะตั้งครรภ์ อาจก่อให้เกิดอาการไม่สบาย ซึ่งอาการแสบร้อนยอดอกในระยะตั้งครรภ์เป็นหนึ่งในอาการไม่สบายที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดจาก 1) การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ส่งผลให้หูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัวและ 2) การขยายใหญ่ของมดลูกตามอายุครรภ์ (Monti, 2007; Richter, 2005; Van Thiel, Gavalier, Joshi, Sara, & Strempel, 1977) นอกจากสาเหตุดังกล่าว ยังพบว่ามีอีกหลายปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการแสบร้อนยอดอกในระยะตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านอายุ อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร วิถีชีวิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์ (Audu & Mustapha, 2006; Bassey, 1977; Bor, Kitapcioglu, Dettmar, & Baxter, 2007; Knudsen, Lebech, & Hansen, 1995; Naumann, Zelig, Napolitano, & Ko, 2012; Oliver, Davies, & Dettmae, 2011) จากการรายงานอุบัติการณ์การเกิดอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์พบว่า ร้อยละ 30 - 50 ของหญิงตั้งครรภ์มีอาการแสบร้อนยอดอก และสูงถึง ร้อยละ 70 - 95 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์บางเชื้อชาติ (Audu & Mustapha, 2006; Khresheh, 2011; Knudsen et al., 1995; Naumann et al., 2012) ซึ่งช่วงระยะเวลาที่พบอาการมากคือ ไตรมาสที่สองถึงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ (Marrero, Goggin, de Caestecker, Pearce, & Maxwell, 1992; Richter, 2005) โดยหญิงตั้งครรภ์มักเริ่มมีอาการประมาณช่วงอายุครรภ์ 5 เดือน ระยะเวลาในเกิดอาการแต่ละครั้งจะเป็นช่วงเวลาสั้นๆและสัมพันธ์กับมื้ออาหาร ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย

ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายไปจนถึงระดับรุนแรงจนไม่สามารถรับประทานอาหารหรือพักได้ ซึ่งความถี่และความรุนแรงของอาการมีแนวโน้มมากขึ้นตามอายุครรภ์ (Neilson, 2008; Richter, 2005) อาการแสบร้อนยอดอกในระยะตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะไม่สุขสบาย รบกวนแบบแผนการรับประทานอาหารและแบบแผนการนอนหลับทำให้คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Monti, 2007; Naumann et al., 2012; Neilson, 2008; Suzuki, Dennerstein, Greenwood, Armstrong, & Satohisa, 1994) มีบางรายงานพบว่าอาการที่รุนแรงอาจเป็นสาเหตุให้น้ำหนักลดหรือเกิดภาวะขาดน้ำในระยะตั้งครรภ์ และหากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการรุนแรงไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดเป็นโรคกรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux disease) และหลอดอาหารอักเสบตามมา (Bor et al., 2007; Richter, 2005)

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการแสบร้อนยอดอกเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นได้ในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์บางรายจึงต้องทนกับอาการดังกล่าว บางรายเลือกจัดการอาการด้วยวิธีการของตน เช่น การรับประทานอาหารลดกรด หรือใช้ยาสมุนไพร (Khresheh, 2011) ซึ่งวิธีการดังกล่าวยังไม่มีหลักฐานยืนยันที่เพียงพอว่าปลอดภัยต่อหญิงตั้งครรภ์หรือทารกในครรภ์ (Neilson, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการแสบร้อนยอดอกเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะตั้งครรภ์ การรักษาด้วยยาไม่สามารถขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการได้ แต่การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมหรืออาหารที่กระตุ้นให้เกิดอาการ จะช่วยลดหรือขจัดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการแสบร้อนยอดอกได้ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550; Monti, 2007; Neilson, 2008; Richter, 2005)

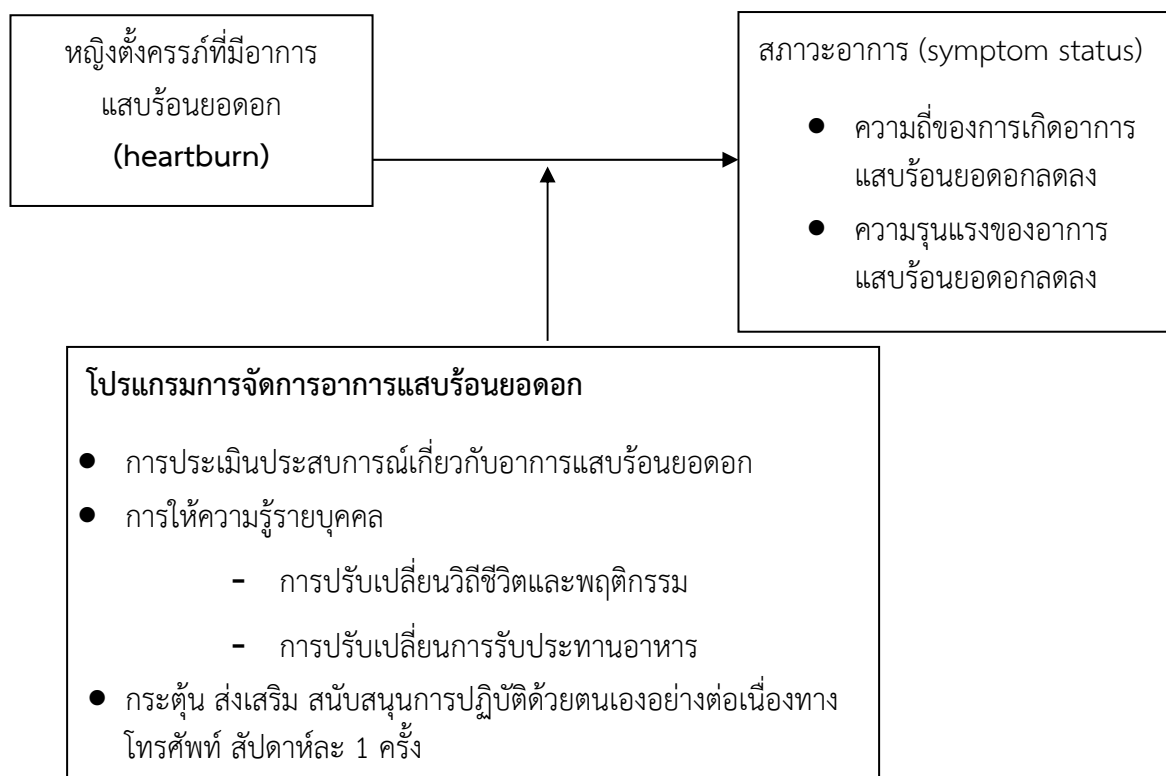
อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจนาร่องก่อนทำการวิจัยที่คลินิกฝากครรภ์ และพบว่าประมาณหนึ่งในสามของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามารัตน์ มีอาการแสบร้อนยอดอก ซึ่งปัจจุบันพบว่ยังไม่มีการให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอก ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับอาการแสบร้อนยอดอกในระยะตั้งครรภ์ โดยพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกเพื่อช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอกให้สามารถจัดการกับอาการด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ได้อย่างมีคุณภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้มีแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งดอดด์และคณะกล่าวว่า อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ ความทุกข์ทรมาน ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม ทำให้บุคคลต้องมาโรงพยาบาลเพื่อค้นหาสาเหตุของอาการและทำการรักษา แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะประกอบด้วย 3 โมโนทัศน์หลัก 3 โมโนทัศน์ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดย 1) ประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการของบุคคล การประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันออกไปตามการรับรู้และการประเมินของแต่ละบุคคล ดังนั้นการเข้าใจประสบการณ์การมีอาการ มีความสำคัญในการช่วยให้การจัดการอาการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 2) กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยวิธีการทางการแพทย์ การดูแลช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญหรือการพยาบาล และการดูแลตนเองของบุคคล ปกติบุคคลจะเลือกใช้กลวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สามารถบรรเทาอาการไม่สุขสบายให้ลดลงหรือหายไป แต่ถ้ากลวิธีนั้นไม่สามารถจัดการอาการได้

ก็จะมีการปรับเปลี่ยนใช้กลวิธีอื่นจัดการอาการต่อไป โดยบุคคลจะประเมินประสิทธิภาพของกลวิธีจัดการนั้น ๆ โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการและการใช้กลวิธีจัดการอาการ ประเมินได้จาก 8 ตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการ คือ สภาวะอาการ สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเอง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น คุณภาพชีวิต ความเจ็บป่วยและโรคร่วม อัตราการตาย และสภาวะทางด้านอารมณ์ (Dodd et al., 2001: 668-676)

จากแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการดอดด์และคณะ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์ขึ้น เนื่องจากอาการแสบร้อนยอดอกคืออาการไม่สุขสบายที่พบบ่อยและรบกวนความสุขสบายของหญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการดูแล โดยโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์มุ่งพัฒนากลวิธีจัดการกับอาการโดยเลือกใช้กลวิธีดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลร่วมกับการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งก่อนเริ่มโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอก ผู้วิจัยทำการประเมินประสบการณ์การมีอาการ ศึกษาการรับรู้อาการแสบร้อนยอดอก การประเมินอาการและการตอบสนองเมื่อเกิดอาการแสบร้อนยอดอกของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละบุคคลก่อน เพราะการเข้าใจประสบการณ์การมีอาการมีความสำคัญในการช่วยให้กลวิธีจัดการอาการที่วางแผนไว้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากนั้นเริ่มใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดย พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ แนะนำเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของอาการ และการจัดการกับอาการแสบร้อนยอดอกโดยกลวิธีที่แนะนำจะเน้นวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการรับประทานอาหาร จากนั้นผู้วิจัยจะทำการกระตุ้น ส่งเสริม ให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติตามกลวิธีจัดการกับอาการด้วยตนเองทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการกับอาการและให้ปฏิบัติการจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ประเมินผลลัพธ์ของกลวิธีจัดการอาการด้านสภาวะของอาการ (symptom status) โดยประเมินความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการแสบร้อนยอดอกของหญิงตั้งครรภ์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมแล้วเสร็จ 4 สัปดาห์ (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการแสบร้อนยอดอกต่อความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกมีความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการแสบร้อนยอดอกน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเพียงอย่างเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกต่อความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอก จำนวน 48 คน ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลรามารัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเดือน มกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1) หญิงตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ 24 – 32 สัปดาห์ 2) มีอาการแสบร้อนยอดอกในขณะตั้งครรภ์ อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ ลักษณะอาการปวดแสบร้อนเหมือนมีไฟเผาในหลอดอาหารตรงบริเวณกลางอก เรอเหม็นเปรี้ยว มีรสขมในปาก หรือจุกแน่นในลำคอ มีการไหลย้อนของกรดกลับเข้าไปสู่หลอดอาหาร 3) ไม่มีอาการแสบร้อนยอดอกมาก่อนการตั้งครรภ์ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคกรดไหลย้อน หลอดอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบหรือแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ 4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด การอ่านและการเขียนภาษาไทย และ 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ รวมถึงมีอาการแสบร้อนยอดอกรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกรดไหลย้อนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2) เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกไม่ครบ 4 สัปดาห์ 3) กลุ่มตัวอย่างใช้ยาลดกรดยาสมุนไพรหรือวิธีการอื่นในการจัดการกับอาการแสบร้อนยอดอกด้วยตนเอง และ 4) ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยต่อไป

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากเกณฑ์หรือการประมาณจากจำนวนประชากร เนื่องจากไม่พบการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่คล้ายคลึงกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่จะนำมาใช้ในการคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) เพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งในกรณีนี้ต้องทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจนำร่องก่อนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ขึ้นไปและมีอาการแสบร้อนยอดอก ร้อยละ 30 หรือเฉลี่ยประมาณ 90 – 105 ราย/เดือนเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดพบว่าการศึกษานี้มีขนาดประชากรเป็นหลักร้อยละ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 25 % (ธีระวุฒิ เอกะกุล, 2543) ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 24 ราย กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 48 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอก ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดรูปแบบการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการแสบร้อนยอดอก 2) การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และ 3) การกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนทางโทรศัพท์ให้มีการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีเครื่องมือดังนี้

1.1 แผนการสอน มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอาการแสบร้อนยอดอก ปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการแสบร้อนยอดอกการจัดการอาการเพื่อลดความถี่และความรุนแรงของอาการโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีชีวิตและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

1.2 ซีดีประกอบการสอน มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

1.3 สมุดคู่มือ มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

โดยแผนการสอน ซีดีประกอบการสอนและสมุดคู่มือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธี Content expert จากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2.2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการแสบร้อนยอดอก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดรูปแบบการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เพื่อประเมินการรับรู้อาการแสบร้อนยอดอก การประเมินอาการแสบร้อนยอดอกของหญิงตั้งครรภ์ และการตอบสนองเมื่อเกิดอาการแสบร้อนยอดอกของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 8 หัวข้อ ได้แก่ 1) อายุครรภ์ที่เริ่มมีอาการ 2) ลักษณะอาการ 3) ระยะเวลาในการเกิดอาการแต่ละครั้ง 4) ช่วงเวลาที่เกิดอาการ 5) การรับรู้เกี่ยวกับอาการแสบร้อนยอดอก 6) จำนวนวันที่เกิดอาการในแต่ละสัปดาห์ 7) ความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอก และ 8) การจัดการกับอาการแสบร้อนยอดอกที่เกิดขึ้น โดยข้อคำถามข้อที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด และข้อ 2 - 8 เป็นคำถามให้เลือกตอบตามตัวเลือก

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการแสบร้อนยอดอกได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .85 และ .87 ตามลำดับ

2.3 แบบบันทึกอาการแสบร้อนยอดอก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ค้นคว้างานวิจัย รวมทั้งเอกสารตำรา และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการแสบร้อนยอดอก แบบบันทึกประกอบด้วย การบันทึกความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกข้อมูลความถี่และความรุนแรงที่เกิดขึ้นใน 4 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 แบบบันทึกความถี่ของการเกิดอาการแสบร้อนยอดอก ให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกจำนวนวันที่มีอาการแสบร้อนยอดอกในแต่ละสัปดาห์ โดยตอบเป็นจำนวนวันที่มีอาการในสัปดาห์นั้นๆ จำนวนวันที่มีอาการในสัปดาห์มาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความถี่ของการเกิดอาการแสบร้อนยอดอกมาก จำนวนวันที่มีอาการในสัปดาห์น้อย หมายถึงหญิงตั้งครรภ์มีความถี่ของการเกิดอาการแสบร้อนยอดอกน้อย

2.3.2 แบบบันทึกระดับความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอก ให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกโดยทำเครื่องหมายบนช่องว่าง ที่ตรงกับการรับรู้ของตนต่ออาการแสบร้อนยอดอกที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมปกติหรือการนอน เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า 4 ระดับ (rating scale) คะแนนที่เป็นไปได้ 0 - 3 คะแนน โดยมีเกณฑ์คะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ

1 คะแนน หมายถึง อาการมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย

2 คะแนน หมายถึง อาการมีความรุนแรงระดับปานกลาง

3 คะแนน หมายถึง อาการมีความรุนแรงระดับรุนแรง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรหัสโครงการที่ ID 11-57-38 ว ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการ อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยในเวลาใดก็ได้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ซึ่งคำตอบหรือข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และเมื่อหญิงตั้งครรภ์ตกลงยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะได้รับการร้องขอให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม จึงเก็บรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอกที่มารับบริการฝากครรภ์ในทุก ๆ วันจันทร์จัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอกที่มารับบริการฝากครรภ์ในทุก ๆ วันพุธและวันศุกร์จัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง โดยการจัดให้เกิดความสมดุลกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (balancing) ในด้านจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ อายุหญิงตั้งครรภ์ ความถี่และความรุนแรงของอาการ มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามปกติ จากนั้นกิจกรรมในกลุ่มควบคุมประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิและประโยชน์ของการวิจัย เมื่อหญิงตั้งครรภ์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ จากนั้นเริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรก โดยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการแสบร้อนยอดอก ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 ของการเข้าร่วมโปรแกรม เริ่มต้นการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่สอง โดยใช้แบบบันทึกอาการแสบร้อนยอดอก และสุดท้ายผู้วิจัยกล่าวขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามปกติ จากนั้นกิจกรรมในกลุ่มทดลองประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมเหมือนกับขั้นที่ 1 ของกลุ่มควบคุม

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการสอนให้ความรู้รายบุคคลโดยผ่านสื่อซีดีประกอบการสอน โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการแสบร้อนยอดอกมาใช้ประกอบการสอนเพื่อให้จำเพาะกับแต่ละบุคคล จากนั้นให้สมุดคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการแสบร้อนยอดอกสำหรับทบทวนที่บ้าน อธิบายการลงบันทึกในแบบบันทึกอาการแสบร้อนยอดอก และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 1-3 ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที โดยสถานที่ในการให้ความรู้คือ ห้องให้คำปรึกษาของคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว แยกจากกิจกรรมอื่นๆในคลินิก

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงหญิงตั้งครรภ์สัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้นำความรู้ที่ได้รับตามโปรแกรมไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาที่ใช้ในการโทรครั้งละประมาณ 5-10 นาที

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 4 โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมเหมือนกับขั้นที่ 2 ของกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประสบการณ์การมีอาการ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ ไคสแคว์ (Chi-square) และ สถิติการทดสอบที (Independent t-test)

3. ทดสอบการกระจายของความถี่และคะแนนความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกโดยใช้สถิติการทดสอบของโคโมโกรอฟ-สมิธ นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าไม่มีการกระจายแบบปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed ranks test) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมจัดการอาการแสบร้อนยอดอกก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และใช้สถิติการทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Whitney U Test) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 24 ราย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2 จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 29.29 ปี (SD = 6.07) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.79 ปี (SD = 5.86) อายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองเท่ากับ 27.75 สัปดาห์ (SD = 2.34) ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 27.92 สัปดาห์ (SD = 2.02) และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 21.58 กิโลกรัม/เมตร² (SD = 2.28) ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 20.30 กิโลกรัม/เมตร² (SD = 2.25) กลุ่มทดลองมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 28,866 บาท/เดือน (Median = 25,000 บาท) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 36,916 บาท/เดือน (Median = 29,000 บาท) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอายุ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงครรภ์หลัง (ร้อยละ 62.5 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 54.2 ในกลุ่มควบคุม) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน (ร้อยละ 79.2 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 54.2 ในกลุ่มทดลอง) ซึ่งร้อยละ 75 ของกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ส่วนในกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในระหว่างตั้งครรภ์ที่มากกว่าเกณฑ์ ในทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 66.7 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ส่วนระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับ อายุ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และรายได้ครอบครัวต่อเดือน (N = 48)

คุณลักษณะ	กลุ่มควบคุม (n=24)			กลุ่มทดลอง (n=24)			t
	Min-max	Mean	SD	Min-max	Mean	SD	
อายุ (ปี)	19-42	30.79	5.86	18-42	29.29	6.07	.871 ^{ns}
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	25-32	27.92	2.02	24-32	27.75	2.34	.264 ^{ns}
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์(kg/m ²)	16.52-24.90	20.30	2.25	16.59-25.10	21.58	2.28	-1.953 ^{ns}
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)	10,000-100,000	36,916	22426	8,000-80,000	28,866	20055	1.311 ^{ns}

^{ns} $p > .05$, * $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับการประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (N= 48)

คุณลักษณะ	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การประกอบอาชีพ					2.344 ^{ns}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	20.8	11	45.8	
ประกอบอาชีพ	19	79.2	13	54.2	
ระดับการศึกษา					6.797*
ชั้นพื้นฐาน	8	33.3	18	75.0	
อุดมศึกษา	16	66.7	6	25.0	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					.086 ^{ns}
ครรภ์แรก	11	45.8	9	37.5	
ครรภ์หลัง	13	54.2	15	62.5	
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์					.000 ^{ns}
ไม่เกินเกณฑ์	8	33.3	8	33.3	
เกินเกณฑ์	16	66.7	16	66.7	

^{ns} $p > .05$, * $p < .05$

ประสบการณ์การมีอาการแสบร้อนยอดอกในกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับรู้การพบวากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการแสบร้อนยอดอกว่าเป็นอาการปกติของหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 91.7 ในกลุ่มควบคุม) รับรู้ว่าอาการจะมากขึ้นตามอายุครรภ์ (ร้อยละ 45.8 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 12.5 ในกลุ่มควบคุม) และรับรู้ว่าอาการจะหายไปได้เองหลังคลอด (ร้อยละ 54.2 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 16.7 ในกลุ่มควบคุม) ส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เริ่มมีอาการแสบร้อนยอดอกเมื่ออายุครรภ์ 5 เดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุมเริ่มมีอาการแสบร้อนยอดอกเมื่ออายุครรภ์ 6 เดือน

ด้านการประเมินอาการแสบร้อนยอดอกของกลุ่มตัวอย่างพบว่าลักษณะอาการที่พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 70.8 มีอาการปวดแสบร้อนเหมือนมีไฟเผาบริเวณกลางอก และร้อยละ 66.7 มีกรดหรืออาหารไหลย้อนขึ้นมาในหลอดอาหาร นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น อาการจุกแน่นในลำคอ เรอเปรี้ยว และมีรสขมในปาก ร้อยละ 37.5, 33.3 และ 16.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 รายงานอาการที่เกิดขึ้นว่ามีกรดหรืออาหารไหลย้อนขึ้นมาในหลอดอาหาร ร้อยละ 45.8 มีอาการจุกแน่นในลำคอ และมีอาการปวดแสบร้อนเหมือนมีไฟเผาบริเวณกลางอก เรอเปรี้ยว และมีรสขมในปาก ร้อยละ 33.3, 29.2 และ 8.3 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมักเกิดอาการในช่วงกลางคืนโดยเฉพาะหลังอาหารมื้อเย็น (ร้อยละ 37.5 และ 29.2 ตามลำดับ) ระยะเวลาที่เกิดอาการแต่ละครั้งเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ร้อยละ 75 ของกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเกิดอาการแต่ละครั้งประมาณ 5-20 นาที ในหนึ่งสัปดาห์มีอาการได้ตั้งแต่ 1 วันจนถึงมีอาการทุกวัน โดยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นรุนแรงในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 37.5 และรับรู้ว่าอาการรุนแรงระดับปานกลางถึงร้อยละ 62.5 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 50 เมื่อเกิดอาการแต่ละครั้งมีระยะเวลาสั้นๆ น้อยกว่า 10 นาที ในหนึ่งสัปดาห์มีอาการได้ตั้งแต่ 1-5 วัน ครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมรับรู้เพียงว่ามีอาการ ส่วนอีกครึ่งหนึ่งรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นรุนแรงในระดับปานกลาง

ด้านการตอบสนองต่ออาการแสบร้อนยอดอกที่เกิดขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ที่ผ่านมาเมื่อเกิดอาการแสบร้อนยอดอกขึ้น หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร และไม่มีการจัดการใดๆเลย คิดเป็นร้อยละ 29.2, 41.7 และ 41.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.8, 50 และ 20.8 ตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร และไม่มีการจัดการใดๆเลย ตามลำดับ

ผลการทดสอบสมมติฐาน เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของความถี่ และความรุนแรงของการเกิดอาการ พบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความถี่และความรุนแรงของอาการน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($z = 4.22, p < .05$ และ $z = 4.21, p < .05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบความถี่และความรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าความถี่ของการเกิดอาการแสบร้อนยอดอกก่อนเริ่มโปรแกรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z = -1.69, p = .05$) อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความถี่ของการเกิดอาการแสบร้อนยอดอกก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อความถี่ของการเกิดอาการแสบร้อนยอดอกหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F_{1,45} = 3.05, p = .09$) ส่วนคะแนนความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกก่อนเริ่มโปรแกรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($z = -.86, p = .19$) และเมื่อเปรียบเทียบความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า ความถี่และความรุนแรงของอาการ

แสบร้อนยอดอกในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z = -2.43, p < .05$ และ $z = -2.83, p < .05$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมจัดการอาการแสบร้อนยอดอกสามารถลดความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์ได้ จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าความถี่ และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเริ่มและสิ้นสุดโปรแกรมจัดการอาการแสบร้อนยอดอก (N= 48) (Wilcoxon signed ranks test)

กลุ่มตัวอย่าง	เวลาที่ประเมิน	N	Z	p-value (one tailed)
กลุ่มควบคุม	ความถี่ของการเกิดอาการก่อน- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	24	2.73	<.01
	ความรุนแรงของอาการก่อน- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	24	2.97	<.01
กลุ่มทดลอง	ความถี่ของการเกิดอาการก่อน- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	24	4.22	<.01
	ความรุนแรงของอาการก่อน- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	24	4.21	<.01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าความถี่ และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเริ่มและสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอก (N= 48)

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean Rank	Z	Mann-Whitney U p-value (one tailed)
ความถี่ของการเกิดอาการก่อนเริ่มโปรแกรม			-1.69	.05
กลุ่มควบคุม	24	21.17		
กลุ่มทดลอง	24	27.83		
ความถี่ของการเกิดอาการเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม			-2.43	.01
กลุ่มควบคุม	24	29.21		
กลุ่มทดลอง	24	19.79		
ความรุนแรงของอาการก่อนเริ่มโปรแกรม			-.86	.19
กลุ่มควบคุม	24	23.00		
กลุ่มทดลอง	24	26.00		
ความรุนแรงของอาการเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม			-2.83	<.01
กลุ่มควบคุม	24	29.50		
กลุ่มทดลอง	24	19.50		

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมจัดการอาการแสบร้อนยอดอกมีความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอก โดยผสมผสานวิธีการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลและการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สามารถเบี่ยงเบนผลลัพธ์ด้านลบของอาการได้ตามแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่เชื่อว่าการให้การสนับสนุนให้ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้องและเพียงพอ จะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพในการดูแลตนเองดียิ่งขึ้น ดังนั้นในกระบวนการของโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกที่ประกอบไปด้วย 1) การประเมินประสบการณ์การมีอาการเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์และเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการอาการ 2) การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตประจำวันให้เหมาะสมผ่านสื่อการสอนวีดิทัศน์รายบุคคล เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลล้วนมีผลต่อประสบการณ์การมีอาการและการจัดการอาการ 3) การมอบคู่มือสำหรับทบทวนแนวการปฏิบัติที่บ้าน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ 4) การติดตามกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เสริมแรงและให้กำลังใจทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งตั้งแต่เข้าร่วมจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ไปในทางที่ดี จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการรับประทานอาหาร (lifestyle and dietary modifications) ให้เหมาะสมโดยการงดการรับประทานอาหาร หรืองดพฤติกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอาการ จะส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอก เนื่องจากจะช่วยลดการหลังกรดจากกระเพาะอาหารที่มากเกินไปอันจะส่งผลให้กรดไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร และลดปัจจัยที่ส่งผลให้ความแข็งแรงของหูรูดหลอดอาหารลดลงและหลอดอาหารมีการสัมผัสกรดนานยิ่งขึ้นอันจะสร้างความระคายเคืองต่อหลอดอาหารได้ (Lopes, 2005; Monti, 2007) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมเองก็พบว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมมีความถี่และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกน้อยกว่าก่อนเริ่มโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมก็มีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งพบว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มควบคุมมีการจัดการอาการด้วยตนเองโดยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และร้อยละ 70.8 ใช้วิธีการปรับพฤติกรรมและวิถีชีวิตด้วยตนเอง โดยไม่ได้บอกเล่าอาการหรือขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาล แต่เมื่อพิจารณาความถี่และความรุนแรงของอาการรายบุคคลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 20.8 ที่ความถี่ของการเกิดอาการไม่ลดลง และร้อยละ 58.3 ที่ระดับความรุนแรงของอาการไม่ลดลง ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเพียงร้อยละ 4.2 ที่พบว่าความถี่ของการเกิดอาการไม่ลดลง และร้อยละ 12.5 ที่ระดับความรุนแรงของอาการไม่ลดลง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงของความถี่และความรุนแรงของอาการมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่กล่าวว่า การได้รับความรู้ ทักษะและการสนับสนุนที่ถูกต้องและเพียงพอจะช่วยให้ หญิงตั้งครรภ์มีศักยภาพในการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกได้ดียิ่งขึ้น จึงสรุปได้ว่าการนำแนวคิดรูปแบบการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับ

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการแสบร้อนยอดอกในขณะตั้งครรภ์มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความรู้และความรุนแรงของอาการแสบร้อนยอดอกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษานี้ ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลในคลินิกฝากครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการ ผลกระทบของอาการ และแนวทางการจัดการอาการแสบร้อนยอดอก และควรมีการประเมินอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่อายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 2-3 ของการตั้งครรภ์
2. ผลการวิจัยควรเผยแพร่ให้พยาบาลในคลินิกฝากครรภ์นำโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกในขณะตั้งครรภ์ไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอกอย่างต่อเนื่อง
3. จากผลการศึกษานี้ ควรมีการทำสำเนาคู่มือที่ใช้ในโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกแจกให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแสบร้อนยอดอกเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองและจัดการด้วยตนเองได้ หรือจัดให้มีบริการการให้คำปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์ติดตามอย่างต่อเนื่อง หรือบริการสายด่วนเกี่ยวกับอาการแสบร้อนยอดอกในหญิงตั้งครรภ์

ด้านการศึกษาพยาบาล

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการอาการแสบร้อนยอดอกสามารถลดความถี่และความรุนแรงของอาการได้ ดังนั้นควรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับอาการแสบร้อนยอดอกและกลวิธีที่ใช้ในการลดความไม่สบายจากอาการแสบร้อนยอดอกในขณะตั้งครรภ์ไว้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตร

เอกสารอ้างอิง

- ธีระวุฒิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี. (2550). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: ป. สัมพันธ์พาณิชย์.
- Audu, B. M., & Mustapha, S. K. (2006). Prevalence of gastrointestinal symptoms in pregnancy. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 9(1), 1-6.
- Bassey, O. O. (1977). Pregnancy heartburn in Nigerians and Caucasians with theories about a etiology based on manometric recordings from the oesophagus and stomach. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 84(6), 439-443.
- Bor, S., Kitapcioglu, G., Dettmar, P., & Baxter, T. (2007). Association of heartburn during pregnancy with the risk of gastroesophageal reflux disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 5(9), 1035-1039.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., & Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

- Khresheh, R. (2011). Strategies used by Jordanian women to alleviate heartburn during pregnancy. *Midwifery*, 27, 603–606.
- Knudsen, A., Lebech, M., & Hansen, M. (1995). Upper gastrointestinal symptoms in the third trimester of the normal pregnancy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology & Reproductive Biology*, 60(1), 29–33.
- Lopes, E. M. (2005). *Diet management of gastroesophageal and laryngopharyngeal reflux*. (Master's thesis in Communication Sciences and Disorders). College of Graduate Studies, Texas A&M University.
- Marrero, J. M., Goggin, P. M., de Caestecker, J. S., Pearce, J. M., & Maxwell, J. D. (1992). Determinants of pregnancy heartburn. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 99(9), 731–734.
- Monti, D. (2007). Heartburn in pregnancy –no, your baby won't the hair!. *International Journal of Childbirth Education*, 21(4). 32–33.
- Naumann, C. R., Zelig, C., Napolitano, P. G., & Ko, C. W. (2012). Nausea, vomiting, and heartburn in pregnancy: A prospective look at risk, treatment, and outcome. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(8), 1488–1493.
- Neilson, J. P. (2008). Interventions for heartburn in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, 1–17. doi: 10.1002/14651858.CD007065.pub2.
- Oliver, K., Davies, G., & Dettmae, P. (2011). Diet and lifestyle as trigger factors for the onset of heartburn. *Nursing Standard*, 25(36), 44–48.
- Richter, J. E. (2005). Review article: The management of heartburn in pregnancy. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 22(9), 749–757.
- Suzuki, S., Dennerstein, L., Greenwood, K. M., Armstrong, S. M., & Satohisa, E. (1994). Sleeping patterns during pregnancy in Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 15(1), 19–26.
- Van Thiel, D.H., Gavalier, J.S., Joshi, S.N., Sara, R.K., & Stremple J. (1977). Heartburn of pregnancy. *Gastroenterology*, 72(4), 666–668.