



วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

JNSCU

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University

ISBN 0858-1231

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2562 | Vol 31 No.3 September-December 2019

JNSCU

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2562

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ

ในสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University

is a peer-reviewed journal, published academic papers

in nursing science.

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเสนอวิทยากรก้าวหน้าทางพยาบาลศาสตร์
 2. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล
 3. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารทางพยาบาลศาสตร์
 4. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน

กำหนดออก ทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

เจ้าของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
E-Mail : jnsu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร. 02-218-1130

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2562

ที่ปรึกษา (Advisory board)

รศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (Assoc. Prof. Dr. Waraporn Chaiyawat)

บรรณาธิการ (Editor in Chief)

ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย (Assist. Prof. Dr. Surasak Treenai)

กองบรรณาธิการ (Editorial board)

ศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์ (Prof. Dr. Pranom Othaganont)

รศ.ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ (Assoc. Prof. Dr. Saovakon Virasiri)

รศ.ดร.นพวรรณ เปียชื่อ (Assoc. Prof. Dr. Noppawan Piaseu)

รศ.ดร.มารีสา ไกรฤกษ์ (Assoc. Prof. Dr. Marisa Krairiksh)

ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทังค์

(Assist. Prof. Dr. Jantakan Kanjanawetang)

ผศ.ดร.ทักษิณ อรรถารส (Assist. Prof. Dr. Tassanee Attharos)

ผศ.ดร.วาริรัตน์ ฐาน้อย (Assist. Prof. Dr. Wareerat Thanoi)

Dr. Virya Koy

ผศ.ดร.สุนทรวาดี เขียวพิเชษฐ

(Assist. Prof. Dr. Suntharawadee Theinpichet)

ผศ.ดร.สุจิตรา อุรัตนมณี (Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)

รศ.ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์ (Assoc. Prof. Dr. Guyadar Prachusilpa)

ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ (Assist. Prof. Dr. Noraluk Ua-Kit)

ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานัต นันทไธวิกุล

(Assist. Prof. Pol. Sub. Li. Dr. Pachanat Nanthaitaweekul)

ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี (Assist. Prof. Dr. Branom Rodcumdee)

ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ (Assist. Prof. Dr. Penpaktr Uthis)

ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ (Assist. Prof. Dr. Rungrawee Navicharearn)

ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน (Assist. Prof. Dr. Ratchaneekorn Upasen)

อ.ดร.ศกุนตลา อนูเรือง (Dr. Sakuntala Anuruang)

นายธีระพงษ์ ยูพากิ่ง (Mr. Theerapong Yupaking)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรงเรียนพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ ร.พ. รามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Deputy Director of Department of Hospital

Service, Chief Nursing Officer / Nursins Focal

Person in Cambodia for WHO-WPRO

สภาการพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นักวิชาการอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้จัดการ (Manager)

ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ (Assist. Prof. Dr. Rungrawee Navicharearn)

กองจัดการ

นายธีระพงษ์ ยูพากิ่ง (Mr. Theerapong Yupaking)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสาร เป็นวาระกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย The Journal of Nursing Science is a peer-reviewed journal, ideas and opinions expressed in are those of the authors and not necessarily those of the editor and the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

ราคาจำหน่ายเล่มละ 300 บาท

Price: 300 Baht.

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2562

สารบัญ

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ได้รับ
การดูแลแบบประคับประคอง
ทิพย์เกษร วรรณภักตร์

หน้า Contents

Page

1 Nursing Care for Adolescents with Cancer
Relapse Receiving Palliative Care
Thipkasorn Wannaphak

การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง :
บทบาทพยาบาลจิตเวชในชุมชน
อังศณา คล้ายสุข

11 Prevention of Mental Illness in Chronic
Disease Patients: Role of Psychiatric Nurses
in Community
Aungsana Khlaisuk

บทความวิจัย

การจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน
บ้านม่วงหวาน : มุมมองจากการศึกษาเชิงคุณภาพ
อริสรา สุขวักณี
อัญชลีพร อมาตยกุล

19 Health Management of Diabetes Risk Group
in Ban Muang Whan : A Qualitative Research
Perspective
Arissara Sukwatjanee
Anchaleeporn Amatayakul

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วย
โรคอ้วน
ศิภาพันธ์ ลวสุต
รุ่งระวี นาวีเจริญ

33 The Effect of Self-Care Enhancement Program
on Post-Bariatric Surgery Self-Care Behaviors
among Morbid Obese Patients
Sipaphan Lavasut
Rungrawee Navicharearn

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพ
หลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูก
สันหลังระดับเอว
รัตติยา เตยศรี
ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล

47 The Effect of Empowerment Program on Late
Phase Postoperative Recovery Among Post
Lumbar Spine Surgery Patients
Rattiya Toeysri
Pachanut Nanthaitaweekul

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติด
เชื้อเอชไอวีของ เยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา
เอกลักษณ์ ฟักสุข
ปริยกุล รัชกุล
วนลดา ทองใบ

60 The Factors Related to HIV Prevention Behavior
among Myanmar Youth Migrant Workers
Ekkalak Faksook
Pregamol Rutchanagul
Wanalada Thongbai

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2562

สารบัญ

หน้า Contents

Page

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแล ของครอบครัว ต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติก วัยก่อนเรียน	74	The Effect of Enhancing Family Caring Ability Program on Autistic Symptoms among Autistic Preschoolers
สุชาวาลี พันธุ์พงษ์		Suchawalee Punphong
จินตนา ยูนิพันธุ์		Jintana Yunibhand
สุนิศา สุขตระกูล		and Sunisa Suktrakul
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	87	Selected Factors Related to Physical Func- tional Ability among Stroke Older Persons
บุญพริภา มณีโชติ		Boontarika Maneechot
ศิริพันธ์ุ สาสัตย์		Siriphan Sasat

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562 ถือเป็นฉบับท้ายของปี 2562 ซึ่งมีผู้สนใจส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ และได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งสิ้น 8 บทความ บรรณาธิการขอขอบคุณสมาชิกวารสารฯ และผู้แต่งบทความทุกท่าน ที่ส่งบทความมาลงตีพิมพ์ ยังวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ อย่างต่อเนื่อง

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ยังเปิดรับบทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความปริทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับทางการพยาบาล โดยท่านผู้แต่งสามารถศึกษารายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ และส่งบทความผ่านระบบวารสาร online ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS> ทั้งนี้ขอความกรุณาผู้ที่สนใจส่งบทความมายังวารสารฯ ศึกษารายละเอียดการเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องและสมบูรณ์ เพื่อความรวดเร็วในการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย
บรรณาธิการ



บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ทิพย์ไกรสร วรรณภักตร์*

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ สายไหม กรุงเทพฯ 10220

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งจัดเป็นภาวะที่รุนแรง เนื่องจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ ซึ่งมักรักษาไม่หาย โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้ป่วย ขณะเดียวกันผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำมักได้รับผลกระทบระยะท้าย (Late effects) จากการรักษารั้งก่อนร่วมกับผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดในการรักษาครั้งใหม่ส่งผลให้ร่างกายมีความทรุดโทรมมากขึ้น ซึ่งการดูแล รักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ถ้ามุ่งมั่นจะใช้วิธีการรักษาให้หายทั้งๆ ที่มีโอกาสน้อย ย่อมเป็นการบั่นทอนคุณภาพชีวิต การดูแลแบบประคับประคองด้วยการเลือกใช้ชีวิต เน้นการบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ได้มุ่งหวังให้หายขาดจากโรค อาจเป็นทางเลือกที่ดีกว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำมีความแตกต่างจากวัยรุ่นที่มีสุขภาพดีและวัยรุ่นโรคมะเร็งที่กำลังรักษาอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำต้องใช้ความพยายามในทุกด้านเพื่ดำรงชีวิตต่อไปในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ รวมถึงความต้องการการดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงในหลากหลายแง่มุมจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในครั้งใหม่นี้ และเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สอดคล้องต่อลักษณะการดำเนินโรคที่มีโอกาสหายขาดน้อย ตลอดจนความสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่คุกคามทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: วัยรุ่น/ โรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ/ การดูแลแบบประคับประคอง



Nursing Care for Adolescents with Cancer Relapse Receiving Palliative Care

Thipkasorn Wannaphak*

Abstract

This article is aimed at providing nursing care for adolescents with cancer relapse receiving palliative care due to their physical and mental suffering. The relapse is considered a severe condition as the cancer cell has spread to other organs which are often incurable, depending on the patients' health. Adolescents with cancer relapse often encountered late effects from the previous treatment as well as side effects from chemotherapy in the new treatment which results in deterioration in health. Intensive treatment for patients in this group is difficult to success and also decrease the quality of patient's life. Palliative care as patients need with focus on pain release, eliminating the suffering from cancer and prevent the complications of cancer are a better way. The adolescents with cancer relapse are different from healthy adolescents and adolescents cancer and therefore need to make every effort to survive as well as requiring specific treatments in various aspects resulting from the relapse and palliative care to correspond with disease progression with a small chance of being cured and the ability to face issues on physical, mental, spiritual and social conditions to be able to live a quality life with relapse in an appropriate manner.

Keywords: Adolescent/ Cancer Relapse/ Palliative care



บทนำ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสในการรักษาให้หายขาดยาก และมีจำนวนผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยอัตราการเกิดโรคมะเร็งในวัยรุ่นมีประมาณ 10.2 คนต่อประชากรวัยรุ่น 1 แสนคน¹ ในประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในวัยรุ่นแต่ละปี ประมาณ 78 คนต่อเด็ก 1 ล้านคน² และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าจะมีการรักษาโรคมะเร็งที่หลากหลาย ทั้งวิธีการให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การผ่าตัด หรือการปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นต้น อย่างไรก็ตามได้พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งร้อยละ 20¹ ที่ตัวโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือให้การรักษาเพื่อหวังผลให้หายขาดแล้วไม่สำเร็จคือมีการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งหลังจากหยุดการรักษา ซึ่งแพทย์จะทำการรักษาโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำเช่นเดียวกับการรักษาในครั้งแรกโดยการรักษาโรคมะเร็งในครั้งใหม่มักไม่ได้ผลดีและมผลข้างเคียงมากเนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำได้เผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและผลกระทบจากการรักษาเป็นระยะเวลาดูแลต่อเนื่องมานาน การเลือกให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นคุณภาพชีวิตจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มนี้³ ซึ่งเป็นการดูแลทั้งที่เกิดจากตัวโรคโดยตรงและที่ส่งผลกระทบจากตัวโรค ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำสามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ทั้งในด้านการบำบัดรักษาที่ ภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งมีความแตกต่างกับวัยรุ่นสุขภาพดีทั่วไปและผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีหวังและมีโอกาสหายขาดจากโรคมะเร็ง แต่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำมีโอกาสหายขาดจากโรคน้อยและอยู่ในระบบการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ใช่การรักษาแล้วรอดชีวิต จึงมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างออกไป ดังนั้นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มนี้จึงควรได้รับการดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงในทุกมิติ เพื่อให้ตอบสนองและ

สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินโรคของตนที่รักษายาก มีโอกาสหายขาดน้อย รวมถึงความสามารถในการเผชิญเหตุการณ์และก้าวผ่านสิ่งต่างๆ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผลกระทบของโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัยรุ่น

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันโดยเฉพาะมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งในระบบประสาทส่วนกลาง และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น¹ การรักษาหลักนั้นจะใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานตามรอบการรักษาที่แพทย์ได้วางแผนไว้ หากมีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลังครบรอบการรักษา โดยตรวจพบเซลล์มะเร็งในร่างกายและมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง เช่นพบเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Blast cell) มากกว่าร้อยละ 5 ของเซลล์ทั้งหมด หรือตรวจพบเซลล์มะเร็งในร่างกายตรงตำแหน่งโรคและต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงกับโรคเดิม ซึ่งโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำนี้จะมีกระบวนการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งเข้าสู่อวัยวะสำคัญ เช่น กระดูก ไต ปอด และบางส่วนผ่านเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาน้อยลง อาการของโรคมะเร็งรุนแรงขึ้นและการรักษาด้วยเคมีบำบัดรอบใหม่ ไม่สามารถทำให้อาการของโรคมะเร็งทุเลาลงได้ แต่อาการมักรุนแรงส่งผลต่อสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากมีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดผลกระทบระยะเฉียบพลัน (Acute effects) ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ หมดแรง มีไข้ ระบายท้อง ผื่นแพ้ เป็นต้น ทั้งนี้อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นภายหลังทำการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ไม่นานนัก แต่พบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำต้องกลับมารับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะครบรอบการรักษาเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งให้หมดไป ในบางรายแพทย์จะให้ยาเคมีบำบัดพร้อมกันหลายชนิด หรือให้ร่วมกับการฉายรังสีเพื่อให้ประสิทธิภาพในการรักษาสูงขึ้น เมื่อร่างกายได้รับผลข้างเคียงจากการ



รักษาดังกล่าวมาอย่างยาวนาน จึงทำให้เกิดผลกระทบระยะท้าย (Late effects)⁴ ที่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างมากโดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ จะได้รับผลกระทบในด้านร่างกายการเจริญเติบโต ทำให้มีลักษณะมีรูปร่างเล็กกว่าวัยเดียวกัน เนื่องจากการฉายรังสีที่ส่งผลไปยังกระดูกที่กำลังเจริญ หรือแม้แต่การทำงานของต่อมไทรอยด์ และต่อมเพศก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ ได้ไม่เต็มที่ มีพัฒนาการทางเพศระยะที่สองล่าช้า อาจทำให้ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนทั้งเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำจึงมีความรู้สึกที่ตนเองแตกต่างจากผู้อื่น นอกจากนี้วัยรุ่นยังเป็นวัยที่ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentric)⁵ โดยธรรมชาติแล้วจะมีความเข้าใจในค่านามธรรม มีเหตุผลและสามารถวิเคราะห์สิ่งที่รับรู้ได้ แต่ผลกระทบระยะท้ายทำให้มีปัญหาทางสติปัญญาและการเรียนรู้ตลอดจนความจำลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำมีปัญหาด้านการเรียนและการรับรู้ ขณะเดียวกันการรักษาโรคมะเร็งมักใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ต้องเป็นไปตามรอบแผนการรักษา โดยขึ้นอยู่กับสภาวะความพร้อมทางร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ขาดปฏิสัมพันธ์กับทางสังคม มีความบกพร่องในกระบวนการเรียนรู้และการสร้างสัมพันธภาพ การใช้ชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสการรักษาให้หายขาดยาก ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน รวมทั้งการเผชิญกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัวมีความรู้สึกกลัววิตกกังวลสูง รู้สึกไม่แน่นอนกับการรักษา จากการที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษาครั้งก่อน⁶ สิ่งเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ ครอบครัว และสังคม

จากความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำได้รับ ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในด้านร่างกายที่ได้รับผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดทั้งในระยะเฉียบพลัน (Acute effects) และระยะท้าย (Late effects) แม้กระทั่งการได้รับทำหัตถการต่างๆ บ่อยครั้งขณะอยู่โรงพยาบาล ส่วนในด้านจิตใจอารมณ์ก็เป็นผลสืบเนื่องจากการได้รับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ความเศร้าโศกเสียใจ ความไม่แน่นอนในชีวิตเกิดความกลัวทั้งกลัวการเจ็บปวด กลัวทรมานจากโรค หรือแม้กระทั่งกลัวความตาย⁶ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำมีอารมณ์แปรปรวนง่ายที่เกิดจากความรู้สึกหมดหวังเมื่อเริ่มยอมรับความจริงของการเป็นโรคร้าย ขณะเดียวกันก็มีความรู้สึกที่ว่าชีวิตยังมีความหวังอยู่ และเริ่มปรับตัวต่อการรักษารวมถึงการดำเนินชีวิตต่อไป ขณะเดียวกันการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งเป็นระยะเวลานานหรือในบางรายต้องอยู่โรงพยาบาลเพียงลำพังขาดการติดต่อกับกลุ่มเพื่อน ต้องหยุดเรียน ส่งผลต่อการศึกษากារวางแผนในอนาคต อยู่ในสถานะพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียเวลาแห่งการเป็นวัยรุ่น แม้กระทั่งการสูญเสียภาพลักษณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอันเนื่องมาจากการรักษา เช่น ผมร่วง ตัวเล็กกว่าเพื่อนวัยเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งต่างก็เป็นปัญหาด้านสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองและสูญเสียภาพการณ์เป็นตัวของตัวเองได้

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ

เมื่อโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ แพทย์จะทำการรักษาครั้งใหม่นี้ด้วยการให้ยาเคมีบำบัดแบบ Multiple treatment protocol โดยขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ซึ่งโรคอาจจะสงบแล้วกลับมาเป็นซ้ำอีก ดังนั้นแพทย์จึงเริ่มการดูแลแบบประคับประคองไปด้วยในระยะนี้³ ซึ่งการรักษาครั้งนี้น้ำหนักความสำคัญจะเน้นในเรื่องให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำพ้นจากความทุกข์



ทราบมาจากการเจ็บป่วย โดยแพทย์จะให้ยาเคมีบำบัด เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งให้เหลือน้อยที่สุด ควบคุมไม่ให้แพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย หรือแม้แต่เป็นการบรรเทาอาการในรายที่มีมะเร็งได้แพร่กระจายไปแล้วเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำบางรายก็ยังคงได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองด้วยวิธีที่หลากหลายตามทางเลือกของผู้ป่วย วัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะอยู่ภายใต้การรับรู้ดูแลของแพทย์เจ้าของไข้ และการดูแลแบบประคับประคองดังกล่าวมักเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวหรือตามความเชื่อ เช่น การใช้แพทย์ทางเลือก อาหารเสริม ชีวิตจิต ศิลปะ และการเล่น เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำต้องปรับเปลี่ยนมุมมอง ทศนคติในเรื่องของการใช้ชีวิตให้เป็นไปตามปกติ แม้ว่าสุขภาพของตนจะไม่แข็งแรงสมบูรณ์เหมือนคนอื่น เนื่องจากยังคงมีข้อจำกัดบางประการจากสภาวะของโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา ภาวะลักษณะและความสามารถในการทำกิจกรรมได้ถูกคุกคามจากการเจ็บป่วย แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้พยายามเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกับโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำได้อย่างเหมาะสมที่สุด ด้วยวิธีการปรับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรคมะเร็ง และการตรวจติดตามอาการกับแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ทางด้านร่างกายที่ต้องดูแล ส่วนหนึ่งที่สำคัญคือการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำมักต้องการกำลังใจที่มาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์ที่โรงเรียน หรือแม้กระทั่งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา⁷ บุคคลเหล่านี้สามารถดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังมีคุณค่า และดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเองในการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้กับโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำจะสามารถเผชิญกับการรักษา และปรับตัวอยู่ร่วมกับโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำต่อไปได้ เนื่องจากมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเองมาเป็นระยะเวลานาน มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดหลายครั้ง มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษาซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่เกิดความคุ้นเคยกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น และคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยหรืออาการข้างเคียงเคมีบำบัดที่จะเกิดขึ้นได้⁸ อย่างไรก็ตามความเจ็บป่วยยังคงเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ หากแต่ความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น⁹ และเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ รู้สึกท้อแท้ ขาดความมั่นคงในจิตใจในการควบคุมตนเองเมื่อขณะเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วย ทำให้ไม่มีกำลังใจที่จะรักษาต่อไป ส่งผลเสียต่อแผนการดูแลรักษา และการดำเนินชีวิตต่อไป

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำจึงเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจง โดยจากการศึกษาในระยะที่พบว่าการรักษาไม่หายขาดโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ และเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำต่างให้ความสำคัญกับการเพิ่มคุณภาพชีวิต และการลดความทุกข์ทรมานมากกว่าการรักษาเพื่อให้หายขาด¹⁰ โดยการศึกษาทางเชิงคุณภาพพบว่า บุคคลเหล่านี้มีความผูกพันในเรื่องของชีวิตที่อยู่กับโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้สึกหลากหลายในแง่ลบเกี่ยวกับประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมาพร้อมกับเริ่มการรักษาครั้งใหม่ ซึ่งเป็นชีวิตที่ทุกข์ทรมานแต่ยังคงวนเวียนอยู่กับการรักษา ไม่มีผู้ใดตัดสินใจว่าควรจะเลือกหนทางไหน ขณะเดียวกันผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำเองยังมีความต้องการหายจากโรค โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่นไปด้วย ส่วนในอีกแง่มุม



หนึ่งพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำสามารถหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้น แม้ชีวิตจะทุกข์ทรมานอยู่กับโรคมะเร็ง และรับรู้ว่าสุดท้ายจะจบลงด้วยความตาย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นจึงมีความเข้าใจในเรื่องความตาย¹¹ และมีการเตรียมตัวทำในสิ่งที่ตั้งใจหรือได้สานความฝันที่มีคุณค่าต่อจิตวิญญาณให้ลุล่วงเช่น การได้อยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว การไปในสถานที่ที่อยากไป การไปทำบุญที่วัด การเลือกทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ ทำในสิ่งที่ปรารถนาตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายไม่คิดเรื่องการเจ็บป่วยและความตายในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเชื่อมโยงกับความเชื่อหรือศาสนา ความหวังและการสิ้นหวังและการวางแผนในอนาคต¹² ดังนั้นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำจึงพยายามปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ เข้าใจบทบาทตัวเอง มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน รู้จักการดูแลสุขภาพ และมีวิธีสร้างความสุขให้กับตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้ตนใช้ชีวิตตามปกติบนพื้นฐานความเป็นตัวเองกับบุคคลอื่นเป็นที่รัก สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริกสัน⁵ คือ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการพื้นฐานที่จะได้รับความรู้สึกบางอย่างจากบุคคลรอบข้าง โดยตนเองต้องปรับตัวและได้รับการตอบสนองความต้องการทางความรู้สึกตามขั้นพัฒนาการ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพด้านจิตใจและสังคมที่สมบูรณ์ขึ้นตามลำดับ

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

แม้ว่าในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพจะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น แต่ผลกระทบที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาต่างๆ ทำให้บุคคลเหล่านี้ต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจง พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพกลุ่มใหญ่ มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด โดยมีบทบาทหน้าที่ประเมินปัญหาภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลและให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่น

โรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำปรับตัวได้ นำแผนการรักษาของแพทย์สู่การปฏิบัติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและให้การฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงความเป็นองค์กรวมและความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล พยาบาลต้องตระหนักถึงความต้องการด้านต่างๆ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองยังคงมีอยู่อย่างจำกัดจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับเด็กที่เผชิญกับอาการป่วยคุกคามต่อชีวิต¹³ โดยแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนด้านต่างๆ เพื่อสามารถให้การบริการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบ จึงรวบรวมข้อมูลและสรุปมาประกอบเป็นแนวทางดังต่อไปนี้

1) **ด้านร่างกาย** ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำมักต้องเผชิญกับอาการต่างๆ มากมาย ปัญหาที่สำคัญและมักพบบ่อยคือ อาการปวด อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หรือน้ำหนักลด เป็นต้น¹⁴ การควบคุมอาการเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมักได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพทั้งในด้านโภชนาการและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่อาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออาการปวด และเป็นอาการสำคัญที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำอย่างองค์รวม ซึ่งการประเมินความปวด ประกอบด้วย การประเมินขั้นต้น การประเมินจากผู้ป่วยโดยตรง การตรวจร่างกาย และการประเมินผลลัพธ์ ในส่วนการจัดการความปวดแบ่งได้เป็น การจัดการโดยใช้ยา และการจัดการโดยไม่ใช้ยา เพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆ โดยพยาบาลต้องเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทาย เพราะโดย



ธรรมชาติผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำแต่ละคนมีความเป็นปัจเจกบุคคล ทำให้ประสบการณ์การเกิดอาการต่างๆ มีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไป ขณะเดียวกันคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยตรง (Self-report) จะเป็นการให้ข้อมูลที่ดีที่สุดเกี่ยวกับอาการที่ปรากฏ และสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พยาบาลอาจใช้เครื่องมือวัดความปวด จะช่วยให้ประเมินอาการปวดได้ครอบคลุมเป็นระบบระเบียบ ทำให้ทราบถึงความปวดที่แท้จริง สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความปวดของผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำอย่างเหมาะสม เช่น การใช้ Numeric scale, Visual analog scale: VAS) การบรรเทาความปวดโดยพิจารณาตามความรุนแรงของความปวด หากมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป ต้องรายงานแพทย์เพื่อบำบัดความปวดโดยวิธีการใช้ยา และจัดขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำแต่ละราย โดยอาศัยตามแนวทางการระงับปวดสำหรับเด็กที่มีความปวดจากโรคต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก¹⁵ ส่วนอาการปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องต้องให้ยาอย่างต่อเนื่องที่ยาเมื่อแรกจะหมดฤทธิ์ เพราะการที่รอให้มีอาการปวดมากจึงให้ยานั้นจะทำให้ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดลงได้ และควรให้การดูแลรักษาอาการปวดอย่างเต็มที่ ไม่ลั้งเลที่จะให้ยาแก้ปวด เนื่องจากการระงับปวดอย่างรวดเร็วจะเพิ่มคุณภาพชีวิต ถ้าหากมีอาการปวดน้อย อาจเลือกใช้วิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การดูแลทางกาย จัดท่านอนและนั่งให้เหมาะสมตามสภาพความเจ็บปวด การนวดบำบัด การประคบร้อนหรือประคบเย็น การเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส การลดสิ่งกระตุ้น เป็นต้น รวมทั้งให้แรงสนับสนุนด้านกำลังใจ เนื่องจากปัญหาด้านจิตใจนั้น สามารถทำให้อาการทางกายนั้นกำเริบหรือรุนแรงมากขึ้น¹⁶

2) ด้านจิตสังคม การดูแลด้านจิตสังคมถือเป็นการเยียวยาจิตใจที่มีความจำเป็นและสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและ

ครอบครัว เพราะในระยะที่พบว่าการรักษานั้นไม่หายขาดโรคมะเร็งกลับมาเป็นซ้ำ ผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัวจะมีความรู้สึกซึมเศร้า ผิดหวังจากการรักษา รู้สึกไม่แน่นอนกับการมีชีวิตอยู่ต่อไป พยาบาลควรประเมินความเข้าใจและนัดให้คำปรึกษาแก่บิดามารดา ผู้ดูแล หรือตัวผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำเองเกี่ยวกับเรื่องโรค การดำเนินโรค วิธีการรักษาแบบประคับประคอง โดยอาศัยหลักการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family center care)¹⁶ เพื่อประเมินการรับรู้ เข้าใจในกระบวนการรักษา หรือ คาดหวังต่อการรักษาอย่างไร โดยเริ่มจากการมีสัมพันธภาพที่ดี เข้าใจปฏิกริยาต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางอารมณ์ รับฟังความทุกข์ใจ ประกอบกับการสัมผัสเพื่อปลอบประโลมใจ ในบางรายการเข้าถึงความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัวนั้น ไม่ง่ายนัก เนื่องจากความเป็นปัจเจกบุคคลหรืออาจจะยังไม่รู้จักตัวเอง พยาบาลอาจกระตุ้นการแสดงออกของผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัวผ่านทางกิจกรรมขณะเข้ามารักษาในโรงพยาบาล เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมเสริมต่างๆ การเข้ากลุ่ม Support group, Self-help group การใช้ศิลปะบำบัด การวาดภาพระบายสี การฟังเพลง การเล่นดนตรี การดูทีวี การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ การดูธรรมชาติ เป็นต้น¹⁶ เพื่อเป็นสื่อให้ผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัวแสดงออกแทนการพูดคุย หรือเป็นจุดเริ่มต้นของการสนทนาที่จะพูดถึงความรู้สึกและเรื่องราวในใจของพวกเขาเหล่านั้น นำมาซึ่งการได้ข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ที่พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัวได้

3) ด้านจิตวิญญาณ ระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนานย่อมส่งผลต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากการศึกษาเชิงคุณภาพทั้งในและ



ต่างประเทศที่มีความแตกต่างในด้านสังคมและวัฒนธรรม นั้นพบว่า ความต้องการด้านจิตวิญญาณมักเกี่ยวข้องกับ สิ่งที่ทำให้ความหวังและกำลังใจ^{10,17} ทั้งนี้การให้การปรึกษาดังแต่เริ่มต้นเป็นการเตรียมตัวเตรียมใจกับอนาคตที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัวจะมีเวลาในการสร้างพลังใจต่อสู้ และหาทางออกกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้อาจช่วยให้ระยะเวลาที่เหลือมีความหมายกับผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัวมากที่สุด พยายามค้นหาความฝันที่มีคุณค่าต่อจิตวิญญาณ (Spiritual wish) ซึ่งการค้นหาความฝันนั้นไม่่ง่ายนัก แต่หากเราลองถามคำถามง่ายๆ ว่า อยากได้อะไรเป็นพิเศษ คำตอบที่ได้อาจเป็นสิ่งของ หรือตอบว่าอยากให้หายจากโรค ขณะเดียวกันคำตอบเหล่านี้มักมีเบื้องลึกที่ควรสนทนาต่อ จึงควรใช้คำถามปลายเปิด เช่น “ถ้าหายแล้วอยากทำอะไร” ผู้ป่วยอาจบอกกิจกรรมที่ชอบ เราจึงควรสนทนาเพื่อมองหกิจกรรมที่พวกเขาสนใจ โดยเฉพาะในวัยร่นที่เริ่มมีความสามารถในการรับรู้ตนเองด้านเอกลักษณ์ (Identity) แสดงออกในสิ่งที่ตนเองชอบเช่น ดาราในดวงใจ ซึ่งการค้นหาเรื่องราวที่เป็นชีวิตจิตใจเป็นประเด็นที่น่าสนใจสำหรับพยาบาลและครอบครัว เพราะเมื่อค้นพบว่าอะไรเป็นสิ่งที่ชอบเป็นพิเศษ พยาบาลและทีมสุขภาพก็จะชักชวนครอบครัวให้โอกาสแก่ผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ โดยให้พวกเขาทำในสิ่งที่อยากทำ การสานต่อสิ่งที่ตนเองปรารถนา การเพิ่มเวลาทำสิ่งที่ตนเองรักได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ควรเอื้อให้ได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการและบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (Spiritual suffering) เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต

4) ด้านข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญสำหรับพยาบาล ในการดูแลแบบประคับประคองและส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม¹⁶ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยทักษะในการเฝ้าฟัง และเลือกบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดหรือเป็นที่ไว้วางใจ

ของผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำเป็นผู้สื่อสาร การให้ข้อมูลที่จริง ชัดเจนและเข้าใจง่าย จะช่วยให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การบอกให้ทราบถึงเป้าหมายการรักษา เช่น หายขาด ไม่แน่นอน หรือเพื่อความสุขสบายและเพิ่มคุณภาพชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มองเหตุการณ์การเจ็บป่วยของตนเป็นไปในทางบวก และรับรู้ว่ามีสุขภาพได้เข้ามาดูแลช่วยเหลือจนสามารถบรรเทาเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาตลอดจนช่วยให้รับรู้ถึงข้อมูลภาวะเจ็บป่วยว่ามีสาเหตุจากตนเอง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และส่งผลกระทบต่อชีวิต แต่บางอย่างเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และเกิดเฉพาะเรื่อง เช่น มีไข้สูงจากการติดเชื้อ สามารถควบคุมอาการได้โดยการได้รับยาปฏิชีวนะและยาลดไข้ ซึ่งอาการดังกล่าวไม่ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตในมิติอื่น รวมถึงการเปิดโอกาสให้เข้ากลุ่มได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน เนื่องจากทำให้สมาชิกในกลุ่มต่างให้การช่วยเหลือให้กำลังใจสนับสนุนกันและกันจนเป็นเกิดแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและการรับรู้ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม สิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนด้านอารมณ์และช่วยให้ได้ผลในการดูแลมากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

5) ด้านการสนับสนุนด้านต่างๆ ผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำยังมีความต้องการด้านต่างๆ เมื่อโรคกลับมาเป็นซ้ำต้องเริ่มต้นรักษาใหม่ ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น พยาบาลสามารถช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัว ให้มีกำลังใจในการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีแหล่งสนับสนุนที่อาจแบ่งเบาภาระบางส่วน of ครอบครัวได้เป็นครั้งคราว เช่น กองทุน หรือการประสานและขอความอนุเคราะห์ห้องศัลยกรรมอก

ประเด็นที่สำคัญที่ต้องคำนึง คือ ความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะการให้การรักษาในโรงพยาบาล หรือที่บ้าน โดยทั่วไปผู้ป่วยวัยร่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่งในช่วงที่การรักษานั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้



หายขาดก่อนที่จะมีการกลับเป็นซ้ำของโรคเมเร็ง แต่ถ้าเลือกได้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเลือกที่จะกลับไปรักษาตัวต่อและใช้ชีวิตที่บ้าน เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่คุ้นเคยได้อยู่กับคนที่ใกล้ชิดและผูกพัน รวมทั้งยังได้พักผ่อนเต็มที่ พยาบาล ทีมสุขภาพ และครอบครัวควรพิจารณาให้การดูแลรักษาต่างๆ ที่บ้านมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และเมื่อมีอาการใดที่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล ก็ให้การดูแลรักษาเพื่อมุ่งให้ได้กลับบ้านได้เร็วที่สุด ในบางรายที่อาการทรุดหนักลงจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้ใช้ประจำตัว เช่น เครื่องให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะเตียงนอนแบบที่ใช้ในโรงพยาบาล รถนั่ง เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน มองเห็นบริบทโดยภาพรวมของครอบครัว และนำมาวางแผนดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวสามารถขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้อย่างสะดวก เช่น การให้ยาแก้ปวดขณะอยู่ที่บ้าน หรือการบำบัดอาการไม่สุขสบายอื่นๆ สิ่งที่ครอบครัวกังวล หรือการให้คำปรึกษาเพื่อเป็นการประเมินภาวะเหนื่อยล้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลเนื่องจากความรับผิดชอบหลักจะตกเป็นของผู้ดูแลต่างกับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นคุณภาพของการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับจะขึ้นอยู่กับผู้ดูแลเป็นสำคัญ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ หรือการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น การติดต่อประสานกับโรงเรียน หรือผู้นำชุมชน ต่างก็เป็นสิ่งที่สามารถช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำเร็จมากขึ้น

สรุป

การเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม เมื่อโรคเมเร็งกลับเป็นซ้ำย่อมทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องการการได้รับตอบสนองอย่างเหมาะสม และจากผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ล้วนสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมเร็งกลับเป็นซ้ำมีความต้องการที่แตกต่างจากวัยรุ่นทั่วไป พยาบาลและทีมสุขภาพนั้นมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมเร็งกลับเป็นซ้ำผ่านพ้นความทุกข์ทรมานใจในการเผชิญกับโรคภัยแรงและคุกคามชีวิตไปได้ สำหรับบทบาทของพยาบาลสามารถช่วยประคับประคองผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจในการใช้ชีวิตส่วนที่เหลืออยู่ให้มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เน้นให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมเร็งกลับเป็นซ้ำอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติ สิ่งสำคัญคือความเข้าใจในสถานการณ์ การให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมเร็งกลับเป็นซ้ำและครอบครัวจึงสามารถเติมเต็มชีวิต โดยการสร้างทางเลือกในการดูแล เคารพการตัดสินใจ สนใจและยอมรับความรู้สึกให้ข้อมูลเมื่อเรามีคำถามหรือขอความช่วยเหลือ เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมเร็งกลับเป็นซ้ำในทุกด้านอย่างเบ็ดเสร็จรวม อย่างไรก็ตามการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมเร็งกลับเป็นซ้ำจะช่วยให้ทีมสุขภาพได้เรียนรู้และเข้าใจแง่มุมหลายด้านหลายมิติที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ่ายทอดออกมา นำมาซึ่งข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมเร็งกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อไปในอนาคต



References

1. National Cancer Institute. Hospital-Based Cancer Registry [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 5]. Available from: <http://www.nci.go.th>.
2. Information and Technology Division National Cancer Institute. Hospital-based Cancer Registry [Internet]. 2018 [cited 2019 July 5]. Available from: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=>.
3. Nuchprayoon I. Pediatric Palliative care. In: Lerdngunchai P, Nuchprayoon I, Chadkaew P, Sitthipon C, editors. The end of life care. Bangkok: Uksornsompan; 2010. p. 351-67.
4. Baker KS, Toogood AA, Hawkins M, Nathan PC. Adolescent and young adult cancer survivors: late effects of treatment. In: A Bleyer, R Barr, L Ries, J Whelan, J Ferrari, eds. Cancer in Adolescents and Young Adults. 2nd ed. Cham: Springer; 2017. p. 687- 710.
5. Kyle T, Carman S. Essentials of Pediatric Nursing. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
6. Treenai S, Chaiyawat W. Illness experience of adolescent patients with leukemia. Thai Journal of Nursing Council 2012; 21(3), 7-13. (In Thai)
7. Cataudella DA, Zelcer S. Psychological experiences of children with brain tumors at end-of-life: parental perspectives. Journal of Palliative Medicine 2012; 15(11): 1191-7.
8. Stegenga K, Ward SP. On receiving the diagnosis of cancer: the adolescent perspective. Journal of Pediatric Oncology Nursing 2009; 26(2): 75-80.
9. Wilson K, Mazhar W, Rojas CT, De RV, Van CL. A glimpse into the lives of 3 children: Their cancer journey. Journal of Pediatric Oncology Nursing 2011; 28(2): 100-06.
10. Wannaphak T, Treenai S. "Continuing life" Of Adolescents With Cancer Relapse Receiving Palliative Care. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2019; 31(1): 37-48. (In Thai)
11. Foster TL, Bell C, Harris J, Gilmer M. Palliative nursing care for children and adolescents with cancer. Nursing: Research and Reviews 2012; 11(1): 17-25.
12. Flavelle SC. Experience of an adolescent living with and dying of cancer. Arch Pediatr Adolesc Med 2011; 165(1): 28-32.
13. Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. The New England Journal of Medicine 2004; 350(17): 1752-62.
14. Wolfe J, Hammel JF, Edwards KE, Duncan J, Comeau M, Breyer J, et al. Easing of suffering in children with cancer at the end of life: is care changing?. Journal of Clinical Oncology 2008; 26(10): 1717-23.
15. World Health Organization guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness. Geneva Switzerland: WHO; 2012.
16. Sousa, ADRS, Silva LFD, Paiva ED. Nursing interventions in palliative care in Pediatric Oncology: an integrative review. Revista brasileira de enfermagem 2019; 72(2): 531-40.
17. Cataudella DA, Zelcer S. Psychological experiences of children with brain tumors at end-of-life: parental perspectives. Journal of Palliative Medicine 2012; 15(11): 1191-7.



บทความวิชาการ

การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : บทบาทพยาบาลจิตเวชในชุมชน

อังศณา คล้ายสุข*

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่าการป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้มีการเจ็บป่วยทางจิตใจ ก็ขาดแรงจูงใจและขาดศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น การดูแลรักษาก็จะมีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นการป้องกันไม่ให้อาการเรื้อรังเกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การป้องกันในระยะที่ยังไม่มีการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต การป้องกันในระยะที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตแล้วแต่ยังไม่มีการแสดงที่ชัดเจน การป้องกันในระยะที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นแล้ว

คำสำคัญ: การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ บทบาทพยาบาลจิตเวชในชุมชน



Prevention of Mental Illness in Chronic Disease Patients: Role of Psychiatric Nurses in Community

Aungsana Khlaisuk*

Abstract

Several studies have shown that chronic disease lead to mental illness especially in patients with cardiovascular disease, stroke, diabetes and cancer. People with chronic disease suffering from mental illness may effect on motivation in self – care and lead to more severity of chronic disease that likely to difficult and complex to treatment. Therefore, the mental illness prevention are important and challenging to psychiatric nurse in community. The purpose of this article is present the role of community psychiatric nurse in preventing mental illness that consist of primary prevention, secondary prevention and tertiary prevention.

Keywords: Preventing mental illness/ Role of psychiatric nurse in community



บทนำ

การเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย เป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่ควรตระหนักถึง มีการศึกษา การทบทวนวรรณอย่างเป็นระบบพบว่า อัตราความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคกระดูกพรุนสูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยพบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดหัวใจ มีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15–50 และภาวะวิตกกังวลอย่างท่วมท้น (Panic disorder) ร้อยละ 10–50 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าร้อยละ 40 ในผู้ป่วยมะเร็งพบมีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 และเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการทำนายโรคไม่ดี เช่น โรคมะเร็งตับอ่อน มะเร็งช่องปาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ โดยพบอัตราความชุกของโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder) ในผู้ป่วยมะเร็งพบสูงถึงร้อยละ 69 เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการดำเนินโรคไม่ดี สำหรับโรคกระดูกและข้อที่มีอาการปวดเรื้อรัง ดังเช่นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และกระดูกพรุน พบมีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าค่อนข้างกว้างตั้งแต่ร้อยละ 13–80¹ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.30 โรคเบาหวานร้อยละ 39.60² โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยุทธศาสตร์ 14.5³ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายร้อยละ 17.6⁴ และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 10.8⁵ แต่ยังไม่พบการศึกษาการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคข้ออักเสบและโรคกระดูกพรุน อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ ที่นอกเหนือจากภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยังไม่มีเครื่องมือในการประเมินการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยทางจิตจากแพทย์ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเจ็บป่วยทางจิตและการเจ็บป่วยทางจิตที่พบ

ได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) โรควิตกกังวลแบบทั่วไป (Generalized anxiety disorder) โรควิตกกังวลแบบท่วมท้น (Panic anxiety disorder)

การเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและการรักษา ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรับประทานยา ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มอัตราการตายและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง⁶ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นบทบาทหลักของพยาบาลชุมชนและถึงแม้ว่าพยาบาลชุมชนจะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ แต่ก็อาจมีข้อจำกัดในการดูแลปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต ดังการศึกษามุมมองของพยาบาลชุมชนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคในชุมชนที่พบว่า พยาบาลชุมชนเห็นว่าการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยเป็นงานที่สำคัญ แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดของเวลาทำให้ต้องมุ่งเน้นที่การดูแลปัญหาสุขภาพทางร่างกาย อีกทั้งในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตพยาบาลชุมชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์และการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ทำให้พยาบาลชุมชนยังไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตและการดูแลปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้⁷ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นพยาบาลจิตเวชในชุมชนจึงควรเข้ามามีบทบาทสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน โดยการประยุกต์ใช้ความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจ



สภาพจิต การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆ มีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอนและการฝึกพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการเผชิญความเครียด ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลจิตเวชในชุมชนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตโดยใช้หลักการป้องกันสามระดับตามแนวคิดการพยาบาลจิตเวชชุมชน^{8,9}

บทบาทพยาบาลจิตเวชในชุมชน: การป้องกัน การเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อนในชุมชน โดยใช้ความรู้และทักษะทางจิตเวชศาสตร์และทฤษฎีการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคในบทความนี้มุ่งเน้นบทบาทในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยทางจิต โดยประยุกต์ใช้หลักการป้องกันโรคสามระดับตามแนวคิดการพยาบาลจิตเวชชุมชน⁸ และสมรรถนะพยาบาลจิตเวชที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล¹⁰

1. การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับแรก หรือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตและยังไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชน ควรใช้สมรรถนะในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 สมรรถนะในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทในการประเมินและค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต พยาบาลจิตเวชในชุมชนใช้ความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ โรคเรื้อรังที่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงสมอง ส่งผลต่อการทำหน้าที่สมอง

และการหลั่งสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (Serotonin) นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ การเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่คนเดียว ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี¹¹

1.2 สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทดังนี้

1.2.1 การสอนวิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ ทั้งการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและการจัดการกับอาการผิดปกติทางร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ พยาบาลจิตเวชในชุมชน จึงควรสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เทคนิคการจัดการกับความเครียดที่สามารถนำมาใช้ได้ ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique) เช่น การฝึกผ่อนคลายความเครียดกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive muscular relaxation training) ซึ่งจะช่วยลดอาการนอนไม่หลับ ลดความฝัน ลดกระบวนการคิดและอารมณ์ได้ 8 รูปแบบการสอนอาจทำเป็นรายกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Self – help group) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการจัดการกับความเครียดจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ อีกด้วย

1.2.2 เสริมสร้างพลังอำนาจในการเผชิญกับความเครียด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความคิดด้านลบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากความคิดลบจะทำให้มองสิ่งต่างๆ บิดเบือนไปจากความจริง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้การเผชิญกับความเครียดโดยใช้เทคนิคการคิดเชิงบวก ควรนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การคิด



เชิงบวกนี้เป็นการฝึกมองและรับรู้สิ่งต่างๆ ไปในทางที่ดี มองสภาพตามความเป็นจริง เป็นเหตุเป็นผล ด้วยอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ทำให้มีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมและตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²

1.3 สมรรถนะในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เมื่อพยาบาลประเมินและค้นหาปัจจัยเสี่ยงแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต ควรดำเนินการวางแผนทางจัดระบบในการดูแลที่มีคุณภาพ การจัดระบบการดูแลอาจทำในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากจะทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลได้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยหรือแม้แต่การเยี่ยมบ้านที่ศาลากลางบ้านหรือบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของชุมชนก็ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เข้าสู่สังคมมากขึ้นทั้งยังได้รับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในชุมชนอีกด้วย¹³

2. การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับที่สองหรือการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการเจ็บป่วยทางจิตในระยะเริ่มแรกโดยการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันระยะนี้ช่วยลดอัตราความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตได้^{8,9} พยาบาลจิตเวชในชุมชนควรใช้สมรรถนะในสมรรถนะในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทดังนี้

2.1 คัดกรองและค้นหาการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแบบคัดกรอง เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม ซึ่งแบบประเมินโรคซึมเศร้านี้ได้มีการทดสอบแล้วว่ามีความไวและความจำเพาะสูง มีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าซึ่งเหมาะกับการนำไปใช้ในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ นอกจากนี้ยังมีแบบสอบถาม

ปลายปิดที่สามารถใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอีก เช่น แบบประเมินความเครียด (ST- 5) ข้อดีของการใช้แบบสอบถามปลายปิดคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตคือสามารถคัดกรองได้อย่างรวดเร็วในกลุ่มประชากรจำนวนมาก ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถทำงานได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว¹⁴

2.2 ให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ควรดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยพยาบาลใช้สมรรถนะในการประสานงาน (Collaboration) และประยุกต์ใช้กลวิธีการบำบัดทางจิตหลายๆ อย่างร่วมกัน ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรัง พบว่าการดำเนินงานโดยสหสาขาวิชาชีพผ่านกิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม (Participatory group learning) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counselling) การฝึกทักษะการผ่อนคลาย (Relaxation skill training) และการกำกับติดตาม (Monitoring) โดยแพทย์ พยาบาล ผู้จัดการรายกรณีและนักกายภาพบำบัดร่วมกันวางแผนและดำเนินกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้นและภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังลดลง¹⁵

3. การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับที่สามหรือการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยหายจากโรคและรักษาอย่างต่อเนื่องไม่กลับเป็นโรคซ้ำ ลดผลกระทบและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือเจ็บป่วยทางจิตแล้ว ต้องได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติไม่ให้มีอาการกำเริบหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย พยาบาลจิตเวชในชุมชนควรใช้สมรรถนะในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 สมรรถนะในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่



ซับซ้อน (Direct care) โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทดังนี้

3.1.1 การสอนและให้คำแนะนำในการรับประทานยาและการจัดการกับผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช ยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตเวชบางกลุ่มส่งผลข้างเคียงทางด้านร่างกายกับผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา พยาบาลควรให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการจัดการกับผลข้างเคียง เช่น อาการปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หลีกเลี่ยงน้ำหวานเพราะจะทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเพื่อป้องกันภาวะท้องผูก หากมีง่วงนอน อ่อนเพลีย ให้หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องขับรถหรือใช้เครื่องจักร ปกติแพทย์จะให้ยานี้ในตอนเย็นหรือก่อนนอน แต่หากอาการเป็นมากให้มาพบแพทย์ อยากรักษาอาการมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น หากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจะทำให้จัดการกับผลข้างเคียงของยาได้และมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องซึ่งจะลดโอกาสเกิดอาการที่รุนแรงมากขึ้น¹⁶

3.1.2 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยทางจิตโดยใช้หลักการบำบัดทางจิตเวช คือการให้คำปรึกษาด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองให้เป็นทางบวกเพื่อนำไปสู่การปรับตัวใหม่ที่เหมาะสม การปรับความคิดและพฤติกรรมนี้สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้าหรือในผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับ ได้มีการศึกษาวิจัยผลของการให้คำปรึกษาด้านแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าภายหลังการให้คำปรึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ อีกหนึ่งกิจกรรมที่เป็นบทบาทของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชคือการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (supportive group psychotherapy) เป็นกลุ่มบำบัด

เพื่อการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาของตนเอง ส่งเสริมความเข้มแข็งของและความรู้สึกคุณค่าในตนเอง ค้นพบแนวทางการแก้ปัญหาเหมาะสม การทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะ 1 สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยกันภายในกลุ่มและให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาและค้นหาปัญหาของตน พยาบาลทำหน้าที่ให้การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจซึ่งกันและกัน ระยะ 2 สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นโดยพยาบาลทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่คล้ายคลึงกันของสมาชิกกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของตนเองและสมาชิกกลุ่ม ทำให้มองเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ระยะ 3 ระยะยุติสมาชิกกลุ่มบอกถึงความประทับใจที่มีต่อกันและประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำกลุ่ม นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไปซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความผูกพันกันและเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีแหล่งช่วยเหลือทางจิตใจและมองตนเองในทางบวกทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁷

3.2 สมรรถนะในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยการจัดระบบการเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและญาติ ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมเพื่อให้การช่วยเหลือและส่งต่ออย่างเหมาะสม โดยในการเยี่ยมบ้านนี้ควรติดตามเกี่ยวกับอาการทางจิตเวช การรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสื่อสาร ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ในการติดตามการเยี่ยมบ้าน ควรร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

บทสรุป

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการดำเนินงานของพยาบาลจิตเวชในชุมชนที่ต้องใช้สมรรถนะด้านการพยาบาลจิตเวชร่วมกับ



แนวคิดการป้องกันโรคสามระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ทดัยภูมิและตติยภูมิ โดยสมรรถนะทางการพยาบาลจิตเวชที่นำมาใช้คือ สมรรถนะในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย สมรรถนะในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) สมรรถนะในการประสานงาน (Collaboration) สมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) ในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วย

โรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่อยู่ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งรูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ก็เป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องร่วมกันค้นหารูปแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

References

1. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. Medical Journal of Australia 2009; 190(7Suppl): S54-60.
2. Jarassaeng N, Mongkonhaworncha, S, Buntakheaw P, Hanlakhon P, Bunjun S, Arunponpaisal S. Depression in chronic illness at the OPD section in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Journal of the Psychiatry Association of Thailand 2012; 57(4): 439-46. (In Thai)
3. Chanthanathas A, Wannasewok K, Bussaratid S, Krittayaphong R. Prevalance and Associated Factors of Depression Disorder in Patient with Acute Coronary Syndrome. Journal of the Psychiatry Association of Thailand 2013; 58(4): 17-28. (In Thai)
4. Plookrak S. The Prevalance and Associated Factors of Depression in ESRD on Hemodialysis in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2018; 8(1): 72-80. (In Thai)
5. Aniwattanapong D. Post stroke depression. Journal of the Psychiatry Association of Thailand 2018; 63(4): 383-418. (In Thai)
6. Harter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, Wittchen, H. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. Psychotherapy and psychosomatics 2007; 76(6): 354-60.
7. Grundberg A, Hansson A, Hilleras P, Religa D. District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. Journal of clinical nursing 2016; 25(17-18): 2590-9. Doi: 10.1111/jocn.13302.
8. Chaiwannawat T. Roles of psychiatric nursing for mental health promotion and mental illness prevention. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2017;31(2):16-30. (In Thai)
9. Evans K, Nizette D, O'Brien A. Psychiatric and mental health nursing. 4th ed.



- Chatswood, NSW: Elsevier; 2017.
10. Thailand nursing and midwifery council. Advance practice nurse core competencies. Thailand: Thailand nursing and midwifery council [Internet]. 2009 [cited 2019 Jul 22]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf>. (In Thai)
 11. Namwong A, Khampeera A, Chaijundee W, Laongon K. Selected factors related to depressive symptoms among community-dwelling older people with chronic illness. *Journal of Nursing, Public Health, and Education* 2015;19: 94-105. (In Thai)
 12. Supannopaph P. Positive thinking: life Development [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 22]. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/158967>.
 13. Sriinchan P, Soontaraviratana B. The mental health of chronically ill elderly: the civil societal perspective. *Journal of science and technology Mahasarakham University* 2017; 36(2): 203-10. (In Thai)
 14. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018; 63(4): 321-34. (In Thai)
 15. Sukaram S, Nimit-arnun N, Roojanavech S. The effects of multidisciplinary collaborative care program on depressive prevention amongst diabetic mellitus type 2 patients at a secondary level hospital in Phetchaburi province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018; 19(1): 251-61. (In Thai)
 16. National Health Security Office. Handbook of chronic mental health care in community [internet]. Thailand: National Health Security Office; 2016 [cited 2019 Jul 22]. Available from <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download>.
 17. Sinhachotsukapat L, Nuchsil R, Apitikulwong S, Suntudngan S, Pinyo C, Somjarit, M. Effective of using supportive group therapy on depression of elderly patients in Khao Yai hospital, Phetchaburi province. *Academic journal of Phetchaburi Rajabhat University* 2019; 9(3): 38-46. (In Thai)



บทความวิจัย

การจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน บ้านม่วงหวาน : มุมมองจากการศึกษาเชิงคุณภาพ

อริสรา สุขวังณี* และ อัญชลีพร อมาตยกุล**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 63 หมู่ 7 องค์รักษ์ นครนายก 26120

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน

แบบแผนการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 75 คน ประกอบด้วย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พระสงฆ์ ครู และแม่ค้าขายอาหารที่ชุมชนบ้านม่วงหวาน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แนวทางการประชุมระดมสมอง 4) แนวทางการสังเกต และ 5) แบบบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้ดูแลสุขภาพตนเองโดยการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่และไปรับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานประจำปี ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงได้แบ่งเบาภาระงาน ร่วมออกกำลังกาย กระตุ้นและกล่าวเตือน เมื่อกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ชุมชนได้สนับสนุนการดูแลสุขภาพโดยให้ข้อเสนอแนะและข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือการให้บริการตรวจคัดกรองเบาหวานไม่ทั่วถึง ขาดสถานที่ ผู้นำ แรงจูงใจและความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย

สรุป: การจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนเป็นความรับผิดชอบของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว เจ้าหน้าที่ รพสต. ให้บริการตรวจสุขภาพ ผู้นำชุมชนร่วมรับรู้ปัญหา สนับสนุนการแก้ปัญหาและเป็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพ อสม. เฝ้าระวังและให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพ/ โรคเบาหวาน/ การศึกษาเชิงคุณภาพ

* อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
Email: anchaleeporn.ama@pccms.ac.th



Health Management of Diabetes Risk Group in Ban Muang Whan : A Qualitative Research Perspective

Arissara Sukwatjanee* and Anchaleeporn Amatayakul*

Abstract

Purpose: To explore health management of diabetes risk group

Design: Qualitative research

Methods: The research participants comprised of 75 people, including people, who were diabetes risk group and their families, sub-district health promoting hospital staff, community leaders, village health volunteers, monks, teachers and food vendors in Ban Muang Whan community. The research instruments included 1) the in depth-interviewed guideline, 2) the group discussion guideline, 3) the brain storm guideline, 4) the observation guideline, and 5) the field note. Data were analyzed using content analysis method.

Findings: People, who were diabetes risk group, provided self-care including controlled diet, controlled body weight, exercise, stress management, decreased alcohol consumption, reduced smoking, and annual diabetes screening. Family members supported the participants who were diabetes risk group by reducing burden, joining exercise, encouraging and reminding them to change unhealthy behaviors. Other community members provided suggestions and information on health care. Nevertheless, there were some problems and barriers, including inaccessible diabetes screening services, lack of facility, no leaders, lack of motivation, and interrupted exercise.

Conclusion: Diabetes risk groups and their families were responsible for their health management. Sub-district health promoting hospital staffs provided health check-up services. Community leaders recognized the problems, provided support to solve the problems, and were role models for healthcare. Village health volunteers provided monitoring and information on health care for participants who are at risk.

Keywords: Health management/ Diabetes/ Qualitative research

* Nursing Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science.
Email: anchaleeporn.ama@pccms.ac.th



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของทั่วโลก ความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง¹ ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานอายุระหว่าง 20-79 ปีจำนวน 425 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 โดยพบอัตราการตายจากเบาหวาน 4 ล้านคน หรือร้อยละ 10.7 ของประชากร² ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ การเสื่อมของระบบประสาทและจอตา ทำให้เกิดความพิการ เกิดแผลที่เท้าและแผลหายช้า โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง^{3,4,5,6,7} ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาล ซึ่งค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ชนิดที่ 2 และเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อรายคือ 23,936 บาท 4,480 บาท และ 5,358 บาทตามลำดับ⁸ และผู้ป่วยร้อยละ 28.5 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้⁹ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศ ด้านงบประมาณการดูแลสุขภาพ ซึ่งร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศถูกจัดสรรให้การดูแลรักษาโรคเบาหวาน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41 ในปี พ.ศ. 2573¹⁰

จากการที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบัน (ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564) มีนโยบายลดการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) รับผิดชอบงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ให้การสนับสนุนการจัดทำโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามวิถีไทยโดยใช้กระบวนการชุมชนเป็นฐาน¹¹ โดยการใช้ศักยภาพของคนในชุมชนมาจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนเอง ทั้งนี้ รพ.สต.ตำบลมหาพราหมณ์ อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ดูแลรับผิดชอบชุมชนบ้านม่วงหวานซึ่งเป็นสถานที่ดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ได้มีการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป โดยทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบบันทึกการตรวจคัดกรองด้วยวาจาและเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาล โดยใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ซึ่งจำแนกกลุ่มเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) *กลุ่มเสี่ยงสูงเป็นเบาหวาน* คือมีระดับน้ำตาล ≥ 200 มก./ดล. ซึ่งเจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเสี่ยง นัดตรวจน้ำตาลในเลือดโดยงดน้ำตาลอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ตรวจซ้ำอีก 1 ครั้งถ้าน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มก./ดล. จากนั้นส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และเข้าสู่ระบบการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอบางบาล 2) *กลุ่มเสี่ยงปานกลางเป็นเบาหวาน* คือมีระดับน้ำตาล 140-199 มก./ดล. เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการลดการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ รพ.สต.จัดขึ้นและติดตามผลหลังจากนั้น 3 เดือน ถ้ากลุ่มนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงอยู่ก็ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อและนัดตรวจน้ำตาลในเลือดทุก 1 ปี และ 3) *กลุ่มเสี่ยงน้อยเป็นเบาหวาน* คือมีระดับน้ำตาล < 140 มก./ดล. เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นนัดติดตามผลน้ำตาลในเลือดทุก 1-3 ปี

ผลการคัดกรองโรคเบาหวานของ รพ.สต.ตำบลมหาพราหมณ์ปี พ.ศ. 2557 พบว่ากลุ่มประชากรมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานจำนวน 355 คน หรือร้อยละ 6.5 ของประชากรตำบลมหาพราหมณ์ทั้งหมด 5,421 คน¹² ในกลุ่มเสี่ยงนี้พบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นเบาหวานจำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 34.93 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางเป็นเบาหวาน จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 59.44 และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำเป็นเบาหวานจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.63 เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ได้จัดการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้โดยการจัดค่ายอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วย การให้ความรู้เรื่องการควบคุมการรับประทานอาหาร



การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก ซึ่งใช้เงินงบประมาณในส่วนของการดูแลสุขภาพพยาบาลของประชาชนด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยงบประมาณที่มีอย่างจำกัดอีกทั้งประชากรกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนมากและเจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย ทำให้ต้องคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการโดยวิธีสุ่มเฉพาะผู้ที่มีความสนใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.63 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ส่วนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการจะได้รับความรู้ภายหลังการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ยังได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามให้กลุ่มประชากรไปตรวจเลือดอีกครั้งตามนัด

จากการทบทวนวรรณกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย กลุ่มบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพคือ อสม. ในเรื่องของการคัดกรองโรค การติดตาม การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อในชุมชน¹³ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน นำไปสู่การมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน แต่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชนมักมีข้อจำกัดในเรื่องความต่อเนื่องของการดำเนินงานและขาดการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานเกิดความยั่งยืน งานวิจัยนี้จึงดำเนินการตามจุดมุ่งหมายหลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบันที่สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร โดยการสนับสนุนชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความ

เชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งจะทำให้การส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความยั่งยืน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการสร้างเสริมสุขภาพคนในชุมชน ทำให้เกิดการพึ่งตนเองและการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชนมากยิ่งขึ้น การจัดการกับปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจะเป็นการแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการของประชาชนได้จริง จากสภาพการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมลดการเกิดโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยบุคคลหลายกลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 75 คน ดังนี้

1) ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.63 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด คัดเลือกโดยวิธีสุ่ม กลุ่มเสี่ยงนี้จะได้รับการศึกษาในประเด็นปัญหาการจัดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน สาเหตุและผลกระทบของการจัดการสุขภาพตนเอง การดูแลของครอบครัว ชุมชน และกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน

2) สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สามี ภรรยาและบุตรหลานจำนวน 20 คน ศึกษาในประเด็นบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในครอบครัว



3) อสม. ซึ่งเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงจำนวน 20 คน โดยคัดเลือกจากประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 10 คน ศึกษาในประเด็นบทบาทและวิธีการดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน กลวิธีในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเบาหวาน

4) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนันจำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 10 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจำนวน 10 คน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความนับถือคัดเลือกได้จำนวน 5 คน ศึกษาในประเด็นบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวานในชุมชน

5) พระสงฆ์ประจำวัดในชุมชน 2 แห่ง จำนวน 35 รูป ซึ่งเป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความนับถือและศรัทธาคัดเลือกได้จำนวน 5 รูป ศึกษาในประเด็นบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวานในชุมชน

6) ครูของโรงเรียนประจำชุมชน 1 แห่ง จำนวน 12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความเชื่อถือคัดเลือกได้จำนวน 5 คน ศึกษาในประเด็นบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวานในชุมชน

7) แม่ค้าขายอาหารในชุมชน 10 ร้าน จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องในการเตรียมอาหารและจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จแก่กลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวานคัดเลือกได้จำนวน 5 คน ศึกษาในประเด็นบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวานในชุมชน

8) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพของ รพ.สต. ตำบลมหาพราหมณ์จำนวน 5 คน ซึ่งรับผิดชอบดูแลและให้บริการสุขภาพในชุมชนโดยคนในชุมชนให้ความไว้วางใจ โดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.จะมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้และจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมต่อจากผู้วิจัยเมื่อการวิจัยจบลง โดยศึกษาในประเด็นบทบาทแนวคิด รูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรอง การดูแลกลุ่มเสี่ยง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยซึ่งประกอบด้วย แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่มและแนวคำถามการประชุมระดมสมอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต การบันทึกข้อมูลภาคสนาม และการใช้อุปกรณ์เสริมซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการสนทนาซักถามผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวาน สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง อสม. ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ครู แม่ค้าขายอาหารและเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เป็นผู้สัมภาษณ์ บันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 50-90 นาที โดยสัมภาษณ์ในประเด็นการจัดการดูแลตนเอง ปัจจัยเงื่อนไขในการจัดการตนเอง ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง วิธีการแก้ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและผลของการจัดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

2) แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นการสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ ประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวาน กลุ่ม อสม. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม มีการบันทึกเสียงโดยได้รับการอนุญาตจากผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 50-90 นาที ศึกษาในประเด็น พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเอง การจัดการดูแลของสมาชิกครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเบาหวาน ผลของการจัดการดูแลสุขภาพตนเองและผลกระทบของการจัดการตนเองต่อครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเบาหวาน จากประสบการณ์ของแต่ละคน

3) แนวทางการประชุมระดมสมอง เป็นการประชุมที่ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับการคัดเลือกจากกลุ่มผู้ให้



ข้อมูลหลัก ได้แก่ ประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวานที่มีระดับความเสี่ยงแตกต่างกัน อสม. ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ครู แม่ค้า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพของ รพ.สต. และสมาชิกครอบครัวกลุ่มเสี่ยง โดยการให้ข้อคิดเห็นในประเด็นการหาทวิวิธีในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเบาหวานในชุมชน

4) แนวทางการสังเกต โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยการเข้าทำกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน เช่น การร่วมรับประทานอาหารที่บ้าน หรือในงานบุญประเพณี สังเกตพฤติกรรม วิถีชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยง การดูแลของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเบาหวาน

5) แบบบันทึกภาคสนาม โดยผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลที่เป็นจริงจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

6) อุปกรณ์เสริม ได้แก่ เครื่องบันทึกเทปขนาดเล็ก กล้องถ่ายภาพ ซึ่งในการบันทึกเทปและถ่ายภาพ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้ร่วมวิจัยก่อน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม และแนวทางการประชุมระดมสมอง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและข้อคำถาม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC/E-001/2558 ผู้ร่วมวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถออกจาก

โครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อบริการสุขภาพที่จะได้รับ รวมทั้งไม่เปิดเผยชื่อของผู้ร่วมวิจัย โดยให้ผู้ร่วมวิจัยอ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ร่วมวิจัยเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร และเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลในเชิงลบต่อผู้ร่วมวิจัยโดยมิได้เจตนา จึงกำหนดแนวทางในการวิจัยดังนี้

1) ผู้วิจัยนำหนังสือไปเชิญผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเอง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยซักถามและให้เวลาสำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจ

2) กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ร่วมวิจัย โดยที่ผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมหากไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ

3) สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองในการประชุมเพื่อคลายความเครียด และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิจัย

4) รับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินใจว่าใครถูกหรือผิด

5) เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ร่วมวิจัยทุกคน โดยผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะพูดหรือแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกันโดยเสรี

6) สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยว่าจะนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น

7) หากต้องมีการบันทึกภาพ การบันทึกเทปหรือจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ผู้ร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยก่อนทุกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ระยะ ได้แก่

1) เตรียมการ 2) ดำเนินการ และ 3) ประเมินผล



ระยะเตรียมการ ใช้เวลา 2 เดือน

เป็นการศึกษาบริบทของชุมชนบ้านม่วงหวาน โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.และ อสม. ศึกษาสภาพทั่วไปและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะทางประชากร สังคมและวัฒนธรรม ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรและกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแหล่งที่พึ่งทางสุขภาพของคนในชุมชน

ระยะดำเนินการ ใช้เวลา 9 เดือน

1. จัดการสุขภาพตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน โดยผู้วิจัยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.และ อสม. ตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวาน จัดประชุมกลุ่มระดมสมองที่ รพ.สต. และ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เดือนละ 2 ครั้งทั้งหมด 18 ครั้ง จัดโครงการ 8 โครงการได้แก่ 1) โครงการหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน 2) โครงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน 3) โครงการอาหารปลอดภัย 4) โครงการส่งเสริมสุขภาพใจ 5) โครงการกายบริหารสุขภาพใจ 6) โครงการชุมชนร่วมใจแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน 7) โครงการประกวดชุมชนอนามัยดี และ 8) โครงการชุมชนออมทรัพย์

2. สสำรวจปัจจัย เชื้อไข การจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานอาหารของคนในชุมชน ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การศึกษาและฐานะเศรษฐกิจโดยการสนทนากลุ่มโดยใช้ รพ.สต. บ้านที่ทำการกำนันและผู้ใหญ่บ้าน อบต. วัด โรงเรียน ร้านค้า เป็นสถานที่ในการสนทนา

3. การรับรู้ผลของการจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน การรับรู้ด้านร่างกายประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว เส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้านจิตใจประเมินจากการไม่เครียด มีความสุขและนอนหลับได้ดี โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เรื่องการรับรู้ผลของการจัดการดูแลสุขภาพ

สุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน ด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยใช้ รพ.สต. อบต. และ บ้านของกลุ่มเสี่ยงเป็นสถานที่ในการสัมภาษณ์

4. ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน โดยสนทนากลุ่มในประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่พบในการจัดการดูแลสุขภาพ ใช้ รพ.สต. อบต. เป็นสถานที่ในการสนทนากลุ่ม

6. แสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน โดยการสนทนากลุ่มแนวทางการแก้ไขปัญหาที่พบจากการศึกษาปัญหาและอุปสรรค โดยใช้ รพ.สต. อบต. เป็นสถานที่ในการสนทนากลุ่ม

7. คิดกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของชุมชน โดยประชุมระดมสมอง ใช้ รพ.สต. อบต. เป็นสถานที่ในการประชุมระดมสมอง

ระยะประเมินผล ใช้เวลา 1 เดือน โดยประเมินผลระหว่างดำเนินการวิจัย สสำรวจปัญหาและอุปสรรค นอกจากนี้มีการประเมินผลภาพรวมหลังจากการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตและจดบันทึก จะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ

ความเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยใช้หลักการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัย (Trustworthiness)¹⁴ ใน ประเด็นเหล่านี้ คือ

ความเชื่อถือได้ (Credibility) งานวิจัยนี้มีกระบวนการวิจัยที่ชัดเจน ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลและมีสัมพันธภาพที่ดีซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง มีการตรวจ



สอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กับข้อมูลส่วนอื่น ๆ เช่น ข้อมูลจากการสังเกต และจดบันทึก

ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผลการวิจัยชิ้นนี้สามารถใช้อ้างอิงในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายชุมชนที่ศึกษา โดยมีผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย

การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนที่ชัดเจน และสามารถตรวจสอบได้ การนำเสนอข้อมูลมีการเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาเข้ากับข้อมูลการสัมภาษณ์

ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นอยู่จริง การตีความบทสนทนากลุ่มและการสังเกตมีการนำไปยืนยันความถูกต้องกับผู้ร่วมวิจัยอีกครั้ง

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ในชุมชนบ้านม่วงหวาน ห่างจากตัวจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 16 กิโลเมตร ประกอบด้วย 1) ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 20 คน 2) สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง 3) อสม. จำนวน 10 คน ศึกษา 4) ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน 5) พระสงฆ์จำนวน 5 รูป 6) ครูของโรงเรียนประจำชุมชน จำนวน 5 คน 7) แม่ค้าขายอาหารในชุมชน จำนวน 5 คน และ 8) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพของ รพ.สต. จำนวน 5 คน

2. การดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน

ผู้ร่วมวิจัยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อให้ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ

...พอเรารู้ว่าจะเป็นเบาหวานก็เอาแล้ว ออกกำลังกายซี ดีนมาก็แกว่งแขนแกว่งขาไปตามเรื่อง

ทำอยู่บ้านนั่นแหละ นึกได้ว่างได้ตอนไหนก็ทำ...

...ไม่กินนี่ไม่ได้เลยนะ มันเพลียไม่มีแรง ยิ่งไปงานบวชงานแต่งเราจะไม่กินยังงี้ละ เจ้าภาพเขาลี้น้ำก็เลียหน้า หวานอะไรนี่ก็ต้องกินบ้างไม่งั้นใจมันแห้ง แต่เราก็เพลามือหน่อย เดิมให้หวานน้อยๆ ชงโอวัลตินอะไรเงี้ย...

สมาชิกในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงมีส่วนในการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โดยการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต คอยช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกเท่าที่สามารถทำได้ตามบทบาทของการเป็นสมาชิกในครอบครัว

...สงสารแม่กลัวว่าแจะจะเป็นเบาหวาน ลูกๆ ก็คอยเตือนว่าแม่อย่ากินหวานมากนัก บางทีแกอยากกินของที่แกชอบก็ให้บ้างแต่น้อยๆ...กินด้วยกันนี้แหละไม่ได้แยกหรอก ทำไมไหวหลายชุด บางทีไอ้หลานๆ มันอยากกินผัดๆ ทอดๆ เขาก็ทำกินเอง...งานบ้านก็ช่วยๆ กันทำ ให้แม่แกพักบ้างเดี๋ยวไม่มีแรง...

...พ่อแกติดบุหรี่ บอกให้แกเลิกเถอะหมอ เขาว่าเดี๋ยวจะเป็นเบาหวาน ไม่ดีหรอก แกก็ยังเลิกไม่ได้ ไม่อยากพูดบ่อยพาลทะเลาะกัน...

3. ปัจจัยเงื่อนไข การจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน

ผู้ร่วมวิจัยมีการจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานโดยมีปัจจัยเงื่อนไข 2 ประการดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่ การรับรู้ของผู้ร่วมวิจัยซึ่งรับรู้ถึงอันตรายและภาวะแทรกซ้อนของการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ว่ามีเป็นแล้วรักษาไม่หาย ต้องรับประทานยาตลอดชีวิตและโรคเบาหวานถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้

...แม่พี่เป็นเบาหวานนะ พี่ก็กลัวสิ เขาว่ามันเป็นกรรมพันธุ์รักษาไม่หายต้องกินยาคุมน้ำตาลไปตลอดพี่เป็นคนไม่ชอบหาหมอด้วย เป็นอะไรนิดหน่อยก็



ดูแลตัวเอง ถ้าไม่เป็นมากจริงๆ เห็นแม่แล้วต้องไปตรวจเลือดทุกเดือนที่หมอนัด อย่างนั้นพี่ไม่เอาแล้ว...

3.2 ปัจจัยภายนอก กลุ่มบุคคล องค์กรที่มีส่วนในการส่งเสริม สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม. สมาชิกในครอบครัว ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ล้วนแต่มีส่วนทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

...ก็หมอื่อกินนมและก๊อสม. เขามาแนะนำให้ออกกำลังกายกันนะ กินอยู่อะไรก็ให้ถูก ไม่กินหวาน กินมัน กินเค็ม ข้าวให้กินน้อยหน่อย จะได้ไม่เป็นเบาหวาน ไขมัน ความดันนี้ เราทำ ดีเสียอีกอยากให้น้ำหนักมันลงด้วย กลัวว่าเป็นแล้วบางคนต้องตัดแขนตัดขาเลยก็มี...

4. การรับรู้ผลของการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน

การรับรู้ผลของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ร่วมวิจัยเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

4.1 ด้านร่างกาย มีการรับรู้ผลจากการที่มีร่างกายแข็งแรงทำให้ไม่เป็นโรคเบาหวาน

...คนเราถ้าแข็งแรงแล้วก็สบายจะเดินเห็นอะไรก็คล่องแคล่ว ทำอะไรก็สะดวก ทำงานทำการอะไรก็ได้ไม่มีปัญหาอยู่แล้ว...

4.2 ด้านจิตใจ มีการรับรู้ว่าตนเองสบายใจ จิตใจเราจึง ไม่ต้องกังวลว่าตนเองจะเป็นโรคเบาหวาน

...เดี๋ยวนี้มีความสุขแล้วค่ะ พวกเราทั้งบ้านตื่นตัวกันไปออกกำลังกายทุกเย็น วิ่งข้างเดินข้างปั่นจักรยานไปตามเรื่อง รู้สึกเลยว่าร่างกายกระปรี้กระเปร่าสดชื่นขึ้นกว่าแต่ก่อน มีเวลาคุยกันพ่อแม่ลูก ไม่ต้องกังวลว่าจะเป็นโรคที่เขาเป็นกัน เบาหวานความดัน พวกนี้ค่ะ...

5. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน

การจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนพบปัญหา อุปสรรคดังต่อไปนี้

5.1 การให้บริการตรวจคัดกรองเบาหวานไม่ทั่วถึง

...บางที่เราไปตรวจเขาไปทำงานเจ็ยก็ไม่ต้องตรวจกัน บางคนเห็นตัวเองอ้วนและคนอื่น ๆ ที่อ้วนไปเจาะเลือดแล้วเป็นเบาหวานต้องมานั่งอดอาหารหน้าตาซูบซีด ก็กลัวว่าตัวเองจะเป็นบ้างก็ไม่มาแล้ว...

5.2 การรับประทานอาหาร

...ให้ป้าออกกำลังกายก็พอทำได้อยู่นะ แต่มาให้หยุดกินนี้ยังทำใจไม่ได้ ของมันชอบกินนะ บางทีลูกๆ เขาก็ซื้อมาให้กินนะ ถ้าแม่ไม่กินเขาจะเสียใจซี...ทำอะไรกันกินในบ้านก็กินด้วยกันนี่แหละกินเหมือนๆ กัน...

5.3 ด้านการออกกำลังกาย ชุมชนไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย ขาดผู้นำในการให้แรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

...บ้านเราไม่รู้จะไปเดินไปวิ่งที่ไหน ที่ทางไม่มี ไม่เห็นใครเขาไปวิ่งกัน อายุเขาอะไร เราก็ได้แต่ขยับเส้นขยับสายเองในบ้านเรานี้แหละ เมื่อก่อนก็มีพวกอสม. มานำออกกำลังกายนะ ฉันทก็ไป รำไม้พลองบ้าง มวยจีนบ้าง พักเดียวเอง ตอนนี้ไม่มีแล้ว ไม่มีคนไปนะ เขาไม่ว่าจะต้องเลี้ยงลูกเลี้ยงหลานกัน...

6. แนวทางการแก้ไขปัญหา การจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน

ชุมชนเสนอแนวทางการจัดการแก้ปัญหาไว้ 3 ด้านดังนี้

6.1 การรับประทานอาหาร ประเด็นที่ต้องการแก้ไขคือการขาดการยั้งคิดเมื่อได้รับประทานอาหารที่ชื่นชอบ ความยากจน และการซื้ออาหารมารับประทาน ทำให้ไม่สามารถจำกัดรสชาติของอาหารได้ แนวทางการแก้ไขพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความต้องการในเรื่อง 1) ความรู้เรื่องอาหารป้องกันโรคเบาหวาน 2) วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน 3) การติดตามดูแลการรับประทาน



อาหารของกลุ่มเสี่ยง 4) บุคคลตัวอย่างที่มีการจัดการเรื่องการรับประทานอาหารที่ดี 5) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์การรับประทานอาหารป้องกันโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องในชุมชน และ 6) การส่งเสริมกิจกรรมอาหารดีและปลอดภัยกับร้านขายอาหาร

...ปกติบ้านเราก็กินผักกินน้ำพริกกันตามประสาแหละ ไม่ค่อยได้กินเนื้อกินหมูกันหรอก แต่เห็นคนเขาเป็นเบาหวานกันเยอะก็อยากให้หมอเขามาแนะนำว่ากินยังงัย ทำยังงัยถึงจะไม่เป็น มาให้ความรู้กัน..

6.2 การออกกำลังกาย แนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับการออกกำลังกายในชุมชนพบว่ามีความต้องการในเรื่องต่อไปนี้คือ 1) แรงจูงใจในการออกกำลังกาย 2) การออกกำลังกายเป็นกลุ่มและมีผู้นำในการออกกำลังกาย 3) ความรู้เกี่ยวกับหลักการและวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อเป็นการป้องกันโรคเบาหวาน 4) สถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมในชุมชน และ 5) การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

...ผมบอกผู้ใหญ่ว่าอยากให้คนบ้านเราออกกำลังกายก็หาทำให้เขาซี ลานวัดก็ได้ จัดไปเลยคนเขาจะได้มาออกกำลังกายกัน ให้มีคนมาทำให้ดูนะว่าออกกำลังกายยังงัย หมออนามัยก็ได้ อสม. ก็ได้ นัดกันไปเลยว่าวันไหนตอนไหน...

6.3 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนคือ 1) ประชุมร่างกฎชุมชน ลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การประชาสัมพันธ์และการรณรงค์งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในชุมชน และ 3) อบรมสร้างความตระหนักในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

...ก็ยังเห็นกันเหล้ากันอยู่เลย มันจะมีกวนของเค้าอยู่นะ ประการกันไปเลยให้เลิกกิน ออกกฎระเบียบกันไปเลย ใครไม่ทำตามก็ปรับหรือลงโทษกันให้จริงจัง เดียวก็เลิกเองแหละ...

7. กลวิธีการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของชุมชน

จากการประชุมระดมสมองได้กลวิธีการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของชุมชนดังนี้คือ 1) มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานให้มากขึ้นโดยเพิ่มจำนวนวันการให้บริการ 2) สร้างแนวทางการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามความเสี่ยง 3) จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักและการลงมือปฏิบัติซึ่งสามารถประเมินได้จากการบันทึกกิจกรรม สมุดบันทึกประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานด้วยตนเอง มีการบันทึกกิจกรรมที่กลุ่มเสี่ยงปฏิบัติในแต่ละวัน และ 4) เสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนบ้านม่วงหวานได้รับความร่วมมือจากอสม. และผู้นำชุมชนในการประชาสัมพันธ์และประเมินความเสี่ยงตามแบบคัดกรองโรคเบาหวานด้วยวาจา สมาชิกในครอบครัวให้ความร่วมมือในการกระตุ้นคนในครอบครัวออกมารับการตรวจคัดกรองผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การจัดการดูแลสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร เพิ่มการรับประทานผัก ธัญพืช ผัก ผลไม้ที่มีกากใยสูง ถึงแม้ว่ากลุ่มเสี่ยงจะทราบวิธีการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน แต่เป็นการยากที่จะปฏิบัติได้ต่อเนื่อง ซึ่งการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{13,15,16,17,18} พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นผลจากผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารของตนเอง



ได้ มีการรับประทานอาหารตามความชอบ การรับประทานข้าวปริมาณมาก และมีโอกาสเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานได้น้อยเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว

การที่ผู้ร่วมวิจัยมีการจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน อาจเป็นเพราะการรับรู้ถึงความน่ากลัวของการเป็นโรคเบาหวาน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม. สมาชิกในครอบครัว เป็นการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วม ด้านการออกกำลังกายกลุ่มเสี่ยงมีการออกกำลังกายมากขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาป้องกันการเกิดโรคเบาหวานคือความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ รูปแบบกิจกรรมที่จัด ระบบการดูแลของ รพ.สต. หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ได้ถึงผลของการจัดการดูแลสุขภาพในด้านร่างกายคือรับรู้ว่ามีร่างกายแข็งแรง ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ขณะเดียวกันด้านจิตใจก็ได้รับรู้ว่าตนเองสบายใจ มีจิตใจร่าเริง และไม่ต้องกังวลว่าจะต้องเป็นโรคเบาหวานเพราะได้ออกกำลังกายเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawangsrri¹⁹ พบว่าหลังจากที่กลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานได้ผ่านโครงการป้องกันโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร มีการปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับวิธีการปรุงอาหาร ด้านการออกกำลังกายกลุ่มเสี่ยงมีการออกกำลังกายมากขึ้น

ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในด้านการบริการตรวจคัดกรองเบาหวานของผู้ร่วมวิจัย สาเหตุเกิดจากผู้ร่วมวิจัยต้องทำงาน ไม่มีเวลาดูแลตรวจ และต้องการมาตรวจเพราะกลัวจะเป็นโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{16,20,21} พบว่าการให้บริการตรวจคัดกรองเบาหวาน ไม่สามารถเข้าถึงทุกกลุ่มได้โดยกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานที่มีอาชีพรับจ้างจะไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเนื่องจากไม่มีเวลาดูแลตรวจ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ร่วมวิจัยขาดการออกกำลังกายอย่าง

ต่อเนื่อง สถานที่ในการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ไม่มีผู้นำออกกำลังกาย ซึ่งการขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยทำนายนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{15,16,19,20} พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ชุมชนขาดสถานที่ให้ประชาชนรวมกลุ่มออกกำลังกาย ขาดผู้นำในการออกกำลังกายที่ชัดเจน ไม่มีแรงจูงใจในการออกกำลังกาย

แนวทางการแก้ปัญหาการจัดการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของคนในชุมชนประกอบด้วย การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยคนในชุมชนคิดว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านั้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²¹ พบว่าผู้ที่ทราบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้บันทึกรายงานพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานของตนเอง มีการพยายามลดหรือควบคุมน้ำหนักตัว มีการลดการรับประทานไขมันและพลังงานและมีการเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือมีการออกกำลังกาย

กลวิธีการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของชุมชน ประกอบด้วย 1) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน 2) การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามความเสี่ยง 3) การจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และ 4) การเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nakhamin¹³ ที่พบว่าวิธีการเพิ่มความรู้ สร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นวิธีที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับรู้โอกาสเสี่ยงเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นวิธีสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

สิ่งที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้จากงานวิจัยนี้คือกระบวนการดึงศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนออกมาใช้



จัดการและดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เรียนรู้กระบวนการคิด วิธีการแก้ปัญหาจากมุมมองที่หลากหลายและภูมิปัญญา การเป็นผู้รับฟังที่ดี ไม่ตัดสินในสิ่งที่ได้ยินและได้ฟัง เปิดใจรับฟังในสิ่งที่คนในชุมชนคิดและสื่อสารออกมาผ่านการบอกเล่า และการร่วมมือร่วมใจกันแก้ไขปัญหาที่ตรงกับวิถีชีวิตจริงของคนในชุมชน การที่ผู้ร่วมวิจัยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานนับเป็นการยากที่จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานได้ แต่ถ้าหากได้รับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและสร้างความเข้าใจให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นความสำคัญของการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานตามระดับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิต ซึ่งควรเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ไม่เป็นการบังคับ และผู้ร่วมวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น อีกประการหนึ่งชุมชนเป็นระบบเปิดมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการทำงานร่วมกับคนในชุมชนต้องใช้ความยืดหยุ่นสูง การศึกษาบริบทของชุมชนและวิถีชีวิตของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคนต้องใช้เวลานานพอสมควรในการทำความเข้าใจเพื่อการอภิปรายข้อสรุปที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษากระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการดัดศักยภาพของคนในชุมชนเพื่อการพัฒนา หรือการแก้ไขปัญหาในด้านอื่นๆ ของชุมชน

2. รพ.สต. สามารถนำรูปแบบการจัดการและการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนบ้านม่วงหวานไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับชุมชนที่ศึกษา

บทสรุป

การจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนบ้านม่วงหวานที่ประสบความสำเร็จครั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับคนในชุมชน โดยผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 5 เดือนในการศึกษาบริบทของชุมชนและเก็บข้อมูลวิจัย ทำให้คนในชุมชนให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ให้บริการตรวจสุขภาพ ผู้นำชุมชนร่วมรับรู้ปัญหาและเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ อสม. ให้ข้อมูลและดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง และสมาชิกในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงได้ช่วยเหลือด้านการจัดการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ 2558



References

1. World Health Organization. Global report on diabetes. World Health Organization; 2016.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017.
3. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care 2017; 40 (Suppl. 1): S11-S24; DOI: 10.2337/dc17-S005
4. Miot A, Ragot S, Hammi W, Saulnier PJ, Sosner P, Piguel X, et al. Prognostic value of resting heart rate on cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetic patients: a competing risk analysis in a prospective cohort. Diabetes Care 2012; 35(10): 2069-75; DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc11-2468>.
5. Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, Lamoureux EL, Kowalski JW, Bek T, et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. Diabetes care 2012; 35(3): 556-64.
6. Chronic Kidney Disease Prevention Project in Hypertension and Diabetes Patients 2559. Nonthaburi, Thailand: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2016.
7. Lima VC, Cavalieri GC, Lima MC, Nazario NO, & Lima GC. Risk factors for diabetic retinopathy: a case-control study. International journal of retina and vitreous 2016; 2(1): 21-7; DOI 10.1186/s40942-016-0047-6
8. Chatterjee S, Riewpaiboon A, Piyathakit P, Riewpaiboon W, Boupajit K, Panpuwong N, et al. Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. Health Soc Care Community 2011; 19(3): 289-98. (In Thai)
9. Thai National Health Examination Survey V Study Group. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nonthaburi, Thailand: National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute; 2016.
10. Zhang P, Zhang X, Brown J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes research and clinical practice 2010; 87(3): 293-301.
11. National 5-Year NCD Disease Prevention and Control Strategy Plan for 2017- 2021. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2017.
12. Mahapram Sub-district. Mahapram Sub-district [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 21]. Available from: <http://www.thaitambon.com/tambon/ttambon.asp?ID=140505>.
13. Nakhamin K, Chomnirutana W, Limtragool P. Diabetes prevention strategies by community participation. Journal of nurses' association of Thailand, North-Eastern Division 2013; 31(1):43-51. (In Thai)
14. Lincon,Y.S., Guba, E.G. Naturalistic Inquiry. New Yoek ; SAGE Publication. 1985
15. Kerdonfag P, Wongsunopparat B, Udomsubpayakul U, Nuntawan C. Perceived risk, criteria-based risk to Diabetes Mellitus, and health-promoting lifestyles in the first degree relatives of persons with Diabetes Mellitus. Rama



- Nurs J 2010; 16(2): 169-84. (In Thai)
16. Suwattanakul T. Factors related to blood sugar control among Diabetes Mellitus type 2 patients. *Journal of Health Systems Research* 2018; 12(3): 515-22. (In Thai)
 17. Puttaruk U, Bumrerraj S. Factors related to control blood sugar among diabetes mellitus type 2 patients, treated at Kang Pla Health Promoting Hospital, Loei province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2015; 3(1): 19-35. (In Thai)
 18. Buraphunt R, Muangsom N. Factors affecting uncontrolled type 2 diabetes mellitus of patients in Sangkhom Hospital, Udonthani province. *KKU Journal for Public Health Research* 2013; 6(3): 102-9. (In Thai)
 19. Sawangsri W, Intaranongpai S. The development of health promotion model for prevention new cases of Diabetes Mellitus in community. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2015; 16(1): 116-22. (In Thai)
 20. Eticha T, Mulu A, Gebretsadik H, Kahsay G, Ali DYR. Factors associated with poor glycemic control in type 2 diabetic patients investigated at Ayder referral hospital, Mekelle, Ethiopia. *Ijppr Human* 2016; 6(3): 160-71.
 21. Kurnia AD, Amatayakul A, Karuncharennpanit S. Predictors of diabetes self-management among type 2 diabetics in Indonesia: Application theory of the health promotion model. *International Journal of Nursing Sciences* 2017; 4(3): 260-65.
 22. Kurnia AD, Amatayakul A, Karuncharennpanit S. Diabetes self-management among adults with type 2 Diabetes Mellitus in Malang, Indonesia. *International Journal of Tropical Medicine* 2017; 12(2): 25-8.



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน

ศิภาพันท์ ลวสุต* และ รุ่งระวี นาวีเจริญ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน จับคู่ด้วยเพศ อายุ และชนิดการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล และ 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูล 8 สัปดาห์ ด้วยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: 1) ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($Mean = 4.13 \pm SD. = 0.25$) และ 2) ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($Mean = 4.13 \pm SD. = 0.25$) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($Mean = 3.68 \pm SD. = 0.31$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้ ควรนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้กับผู้ป่วยโรคอ้วน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคอ้วน/ ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก/ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง/ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
Email: nrungrawee@yahoo.com



The Effect of Self-Care Enhancement Program on Post-Bariatric Surgery Self-Care Behaviors among Morbid Obese Patients

Sipaphan Lavasut* and Rungrawee Navichareern**

Abstract

Purpose: 1) To study the self-care behaviors post-bariatric surgery among morbid obese patients who received the self-care enhancement program. 2) To compared the self-care behaviors post-bariatric surgery among the control group and the experimental group.

Design: Quasi-experimental research.

Methods: The 30 patients were male and female with morbid obese patients, aged between 18-59 years old, receiving post-bariatric surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital. They were hospitalized and assigned to the control and the experimental group (15 persons in each group), and matched pair by gender, age and type of operation. The experimental group received the self-care enhancement program based on Orem's self-care, consisted of 2 phases; 1st) Educative-Supportive program in the hospital and 2nd) Supportive program with telephone called post discharge, while the control group received conventional care. The data were collected at 8th weeks by using 1) The demographic data form, and 2) Self-care behaviors post-bariatric surgery questionnaire. The instruments were tested for content validity and cronbach's alpha coefficient was .81. Descriptive statistics and Independent t-test were used for the data analysis.

Results: 1) The self-care behaviors post-bariatric surgery among morbid obese patients who received the self-care enhancement program had a good level (Mean = 4.13). 2) The self-care behaviors post-bariatric surgery among the experimental group receiving the self-care enhancement program (Mean = 4.13 $\pm$ SD. = 0.25) were significantly better than the control group receiving the conventional care (Mean = 3.68 $\pm$ SD. = 0.31) ($p < .05$).

Conclusion: This program can be used to enhance self-care behaviors among morbid obese patients on post-bariatric surgery.

Keywords: Morbid obese patients/ Post-Bariatric surgery/ Self-care enhancement program/ Self-care behaviors



บทนำ

ผู้ป่วยโรคอ้วน (Morbid obese patients) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในปัจจุบัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 40 กก./ม.² และมีไขมันสะสมในร่างกายจำนวนมาก โดยเฉพาะบริเวณช่องท้องและอวัยวะต่างๆ ก่อให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินส่งผลให้เกิดกลุ่มโรคเมตาบอลิก¹ มีระบบการหายใจที่ผิดปกติก่อให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ² และยังก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ มากมาย รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง³ และเพิ่มอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและอัตราตายก่อนวัยอันควร¹ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีการและการรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยโรคอ้วนดังกล่าว

ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Bariatric surgery) โดยการผ่านกล้อง (Laparoscopy) เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนและมีแนวโน้มที่จำนวนการผ่าตัดด้วยวิธีนี้เพิ่มสูงขึ้น สถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าปี ค.ศ. 2001 มีจำนวน 47,000 ราย⁴ และปี ค.ศ. 2013 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 179,000 ราย⁵ แต่สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547-2553 พบจำนวน 420 ราย⁶ และสถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2556-2560 พบจำนวน 250 ราย⁷ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแม้จะมีจำนวนไม่สูงเพิ่มขึ้น แต่นับว่ามีความสำคัญ

การผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่องและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การลดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ซึ่งมีข้อบ่งชี้สำหรับชาวเอเชียคือ การผ่าตัดผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 35 กก./ม.² หรือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 27.5 กก./ม.² ร่วมกับมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁸ ซึ่งหลักการผ่าตัดมีหลายรูปแบบ คือ การจำกัดปริมาณกระเพาะอาหาร และการจำกัดปริมาณการดูดซึมสารอาหาร และมีเทคนิคการผ่าตัดในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การใช้ยางรัดกระเพาะ

อาหาร (Adjustable gastric banding; AGB) การผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน (Sleeve gastrectomy; SG) และการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass; RYGB) การผ่าตัดแต่ละวิธีจะประสบผลสำเร็จเมื่อผู้ป่วยสามารถคงสภาพการลดน้ำหนักส่วนเกินได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของน้ำหนักตั้งต้นก่อนผ่าตัด⁹ ด้วยการมีพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักร่วมด้วยทุกราย เพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและมีการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมและการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน เป็นการปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักอย่างมีเป้าหมายด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนชนิด ขนาด ปริมาณ และวิธีการในการรับประทานอาหารและน้ำ ได้แก่ การจิบน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร ไม่ให้หกลดในการดื่มน้ำ เลือกรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ไขมันต่ำก่อนอาหารชนิดอื่น ตัดแบ่งอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ ขนาดเท่าลูกเต๋า และเคี้ยวให้ละเอียดนาน 30-40 ครั้ง/คำ ใช้การปรุงด้วยวิธีต้ม ตุ่น ลวก นึ่ง อบ ย่าง เป็นต้น¹⁰ มีการฝึกบริหารการหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (Continuous positive airway pressure: CPAP) การมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้นอย่างน้อยวันละ 30 นาที มีการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด มีการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม มีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และมีการกำกับควบคุมตนเองในด้านต่างๆ เช่น การชั่งน้ำหนัก การคำนวณพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน และการบันทึกสมดุลพลังงาน เป็นต้น

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคอ้วนยังคงมีพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด¹⁰ ขาดแรง



จิตใจ¹¹ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดบกพร่อง เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วผู้ป่วยไม่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและอาจมีแนวโน้มน้ำหนักส่วนเกินกลับคืนมาอ้วนเช่นเดิม มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30 มีน้ำหนักส่วนเกินกลับคืนมาเช่นเดียวกับระยะก่อนการผ่าตัดภายใน 2 ปี¹² ถึงแม้ผู้ป่วยโรคอ้วนจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดมาแล้วจากแพทย์และนักโภชนาการแล้ว แต่ข้อมูลที่ได้รับยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงของตนเองภายหลังการผ่าตัดได้ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงยังต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมถึงแรงจูงใจในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและเมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน¹³

การพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนัก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ช่วงเวลาที่ผ่านมานั้นการดูแลผู้ป่วย 2 ระยะ คือ ระยะการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและระยะภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคอ้วนในระยะก่อนผ่าตัดได้รับข้อมูลจากแพทย์และนักโภชนาการเป็นรายกลุ่มตั้งแต่ที่แผนกผู้ป่วยนอก และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ การผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่นเดียวกับผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทั่วไป และภายหลังการผ่าตัดได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ได้แก่ การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย การดูแลภายหลังการผ่าตัด และการวางแผนจำหน่ายแบบเดียวกับผู้ป่วยศัลยกรรมผ่าตัดช่องท้องทั่วไป และไม่ได้รับการประเมิน และการดูแลที่เฉพาะเจาะจง ไม่มีการตั้งเป้าหมายและการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงขาดความรู้ แรงจูงใจ ความมั่นใจ วินัย และยังคงมีพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสม¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ห่อภิณในต่างประเทศ พบว่า การประยุกต์โปรแกรมที่เน้นการจัดการกับพฤติกรรม

สามารถทำให้ลดน้ำหนักภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคอ้วนได้ ซึ่งต้องจัดกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดน้ำหนักได้ระยะยาว¹⁵ และต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีการสนับสนุนทางจิตใจก่อนและภายหลังการผ่าตัด และต้องมีความถี่ในการติดตามผู้ป่วยภายในช่วง 6 เดือนแรก มีการติดตามด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้โทรศัพท์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ โปรแกรมต้องเน้นเป็นรายบุคคล จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคอ้วนรู้สึก มีความผูกพันกับบุคคลากร มีเป้าหมายที่จะลดน้ำหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด จึงจะทำให้ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักระยะยาว¹⁶

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem¹⁷ เป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยสร้างโปรแกรมการดูแลตนเองอันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากแนวคิดของ Orem ระบุว่า บุคคลจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ต้องมีความรู้และได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์และต้องมีการรับรู้สุขภาพของตนเอง เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ผู้วิจัยเลือกมาจัดกระทำกับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดคือ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยนาระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุนมาใช้เพื่อลดความพร้อมและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเอง

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดและทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน ทั้งก่อน ระหว่างและภายหลังการผ่าตัด (Nursing care in perioperative surgery) มีความสนใจในการประยุกต์โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ประกอบด้วยการ



ประเมินความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สอน ชี้แนะและให้การสนับสนุนข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคิดพิจารณาไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมให้มีทักษะและเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านการฝึกบริหารการหายใจและการใช้ CPAP ด้านการมีสมรรถกิริยาทางกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ด้านการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ และ 2) การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และทักษะต่างๆ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมด้วยโทรศัพท์หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความมั่นใจ และมีวินัยในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อลดน้ำหนักภายหลังการผ่าตัดด้านต่างๆ จึงคาดว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีเพิ่มขึ้นภายหลังการผ่าตัดและการจำหน่าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย:

1. พฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

2. พฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง (Posttest-only design with a comparison group)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18-59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18-59 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้ารับการผ่าตัดลดน้ำหนักเป็นครั้งแรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตและสามารถสื่อสารและเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและกำหนด จำนวน 30 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ผู้วิจัยทำการจับคู่ (Matched pair) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุที่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี และชนิดการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem¹⁷ ครอบคลุมพฤติกรรม



การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนทั้ง 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านการฝึกบริหารการหายใจและการใช้ CPAP ด้านการมีสมรรถกิริยาทางกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ด้านการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบจำนวน 32 ข้อ ระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ระดับ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยๆ และระดับ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ มีคะแนนรวมระหว่าง 32-160 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Srisa-Ard¹⁸ คือ ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับต่ำ และค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับต่ำมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .81

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem^{17,20} และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มี 2 ระยะคือ 1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ในระยะนี้พบผู้ป่วย 2 ครั้ง ในวันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด และวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วย 1 วัน ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีกิจกรรมคือ การจัดสิ่งแวดล้อม การสอน การชี้แนะ และการ

สนับสนุน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านการฝึกบริหารการหายใจและการใช้ CPAP ด้านการมีสมรรถกิริยาทางกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ด้านการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ และ 2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังผ่าตัด และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่คลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน แผนกผู้ป่วยนอนในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังผ่าตัด ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที มีกิจกรรมคือ การชี้แนะและการสนับสนุน ทางด้านอารมณ์และทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดด้านต่างๆ มีการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติร่วมกันเป็นระยะ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก เป็นข้อสอบแบบถูก-ผิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีทั้งหมด 30 ข้อ ใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁹ ในการแปลผลคะแนนความรู้ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80-100 มีความรู้ระดับมาก คะแนนร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 0-59 มีความรู้ระดับน้อย ผู้ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่าผ่านเกณฑ์ แบบวัดความรู้นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .76



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2562 IRB No. 328/61 ก่อนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลหรือดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเข้าดำเนินการทดลองที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 15 คน หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลอง 15 ราย ดังนี้

1. **กลุ่มควบคุม** คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องดูแลเพื่อให้เกิดการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย และได้รับการพยาบาลจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทั่วไปในการมาตรวจติดตามผล ในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังผ่าตัด เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. **กลุ่มทดลอง** คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ นัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด มีกิจกรรมดังนี้

2.1 **ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุน ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักรักษาผู้ป่วยโรงพยาบาล (Educative-Supportive intervention)** พบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ วันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด และวันก่อนจำหน่าย 1 วัน ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีกิจกรรมคือ

2.1.1 วันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด จัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว จากนั้นประเมินความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดความรู้เรื่องโรคอ้วน การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด เมื่อได้ข้อมูลที่เป็นความพร่องในเรื่องความรู้ด้านต่างๆ ผู้วิจัยจึงเลือกสอนให้ความรู้ในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีความพร่อง และให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกคนเพิ่มเติมในเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ได้แก่ การจิบน้ำปราศจากหลอดดูด การเลือกรับประทานอาหาร การปรุงอาหารด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง การมีกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหว การฝึกบริหารการหายใจและการใช้ CPAP การสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การกำกับควบคุมตนเองในด้านต่างๆ และการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ ภายหลังการให้ความรู้แล้ว ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ เช่น “อะไรคือแรงจูงใจที่ทำให้อยากลดน้ำหนัก” ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าเรื่องของตนเองและแสดงความคิดเห็นต่อตนเอง สาธิตการจิบน้ำ การตัดชิ้นอาหารให้เป็นชิ้นเล็ก และการเคี้ยวนาน 30-40 ครั้ง/นาที มอบคู่มือและแบบบันทึกกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดร่วมกัน

2.1.2 วันก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยประเมินติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลตามเป้าหมายที่กำหนด หากยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องผู้วิจัยให้การชี้แนะเพิ่มเติม และสนับสนุนด้วยการ



พูดให้กำลังใจหากกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จากนั้นกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองครั้งถัดไปในด้านต่างๆ ร่วมกัน มีการใช้คำถามปลายเปิดกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ “คุณคิดว่าจะเลือกการปฏิบัติกิจกรรมใดก่อนระหว่างการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด” เพราะเหตุใดจึงเลือกการปฏิบัติ...ก่อนเป็นลำดับแรก” “การดื่มน้ำจะตั้งเป้าหมายอย่างไรกับตนเอง” “จะตั้งเป้าหมายการเคี้ยวอาหารอย่างไร” เป็นต้น

2.2 ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน (Supportive) กำกับติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังการผ่าตัด และติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับมาพบแพทย์ตามนัด ใช้เวลา 15 นาที มีกิจกรรม ดังนี้

2.2.1 ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด สอบถามเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ตกลงร่วมกัน และสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านต่างๆ ให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2.2.2 ให้การชี้แนะเพิ่มเติมในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่ดี และกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติ

พฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดครั้งถัดไปร่วมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม และคลินิกศัลยกรรมโรคอ้วน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยในวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง หลังจากสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้กับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW ทดสอบการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	5	33.33	5	33.33
	หญิง	10	66.67	10	66.67
อายุ	18 – 35 ปี	5	33.33	6	40.00
	36 – 59 ปี	10	66.67	9	60.00
	เฉลี่ย (Mean ± SD)	40.07 ± 11.15		40.07 ± 10.93	
ระดับการศึกษา					
	ประถมศึกษา	2	13.33	1	6.67
	มัธยมศึกษา	4	26.67	3	20.00
	ปริญญาตรี	5	33.33	9	60.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	4	26.67	2	13.33
วิธีการผ่าตัดลดน้ำหนัก					
	Laparoscopic Sleeve Gastrectomy	5	33.33	5	33.33
	Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass	10	66.67	10	66.67
ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กก./ม.²)					
	ก่อนผ่าตัด	43.15 ± 8.33		49.28 ± 11.79	
	สัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด	37.33 ± 6.98		41.18 ± 9.88	
	ค่าความแตกต่าง (ก่อนผ่าตัด - สัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัด)	5.82 ± 2.55		8.10 ± 3.73	

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 40.07 ปี ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 กลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกาย

ก่อนผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดในสัปดาห์ที่ 9 เฉลี่ย 43.15 กก./ม.² และ 37.33 กก./ม.² ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 49.28 กก./ม.² และ 41.18 กก./ม.² ตามลำดับ ส่วนต่างของค่าดัชนีมวลกายก่อนการผ่าตัดและสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัดของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 5.82 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.10



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	กลุ่มควบคุม		แปลผล	กลุ่มทดลอง		แปลผล	t
	Mean	SD.		Mean	SD.		
1. ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด	4.18	0.64	ดี	4.73	0.20	ดีมาก	3.190*
2. ด้านการรับประทานอาหาร	3.82	0.52	ดี	4.33	0.32	ดีมาก	3.263*
3. ด้านการดื่มน้ำ	4.08	0.45	ดี	4.32	0.52	ดีมาก	1.312
4. ด้านการจัดการความเครียด	3.88	0.50	ดี	4.29	0.45	ดีมาก	2.388*
5. ด้านการมีสมรรถกิริยาทางกายและการพักผ่อน	3.60	0.68	ดี	4.22	0.63	ดีมาก	2.606*
6. ด้านการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ที่เชื่อถือได้	3.50	1.04	ดี	4.03	0.97	ดี	1.455
7. ด้านการฝึกบริหารการหายใจในตอน กลางวันและใช้เครื่องช่วยหายใจ แรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ตอน กลางคืน	3.70	0.70	ดี	3.70	0.80	ดี	0.000
8. ด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ	2.35	0.82	ต่ำ	2.85	0.67	ปานกลาง	1.836
รวมทั้ง 8 ด้าน	3.68	0.31	ดี	4.13	0.25	ดี	4.368*

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยรวมทั้ง 8 ด้านของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13) และพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักโดยรวมทั้ง 8 ด้านของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง (Mean = 4.13 ± SD. = 0.25) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 3.68 ± SD. = 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13 ± SD. = 0.25) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับดีมากคือ ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการดื่มน้ำ ด้านการจัดการความเครียด



ด้านการมีสมรรถกิริยาทางกายและการพักผ่อน สำหรับระดับดี ได้แก่ ด้านการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ที่เชื่อถือได้ และด้านการฝึกบริหารการหายใจในตอนกลางวันและใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ตอน กลางคืน และระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ

จากผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้เป็นกิจกรรมที่จัดให้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลภายหลังการผ่าตัด โดยการนำระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุนมาใช้ลดความพร่องความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้านให้กับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1) ระยะการให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินความรู้จึงพบความพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดในด้านต่างๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร สัดส่วนอาหาร ชนิดของอาหารที่ควรรับประทานภายหลังการผ่าตัด ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัดเกี่ยวกับสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด และอาหารที่เหมาะสมจากบุคลากรสุขภาพทั้งแพทย์และนักกำหนดอาหาร แต่กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถจินตนาการและเข้าใจสภาพร่างกายที่เป็นจริงของตนเองภายหลังการผ่าตัดได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการผ่าตัด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องการความรู้และแสวงหาข้อมูลการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยแนะนำให้ความรู้และเชื่อมโยงระหว่างอาการและการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลด้านต่างๆ ภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งมอบคู่มือแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ศึกษาด้วยตนเอง และมีการสาธิตการจิบน้ำแทนการใช้หลอดดูด การตัดแบ่งชิ้นอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ และเคี้ยววนาน 30 ครั้ง/คำ การควบคุมตนเองด้วยการชั่งน้ำหนักและจดบันทึกในคู่มือเพื่อเป็นการสะท้อนพฤติกรรมและเห็นผลในการปฏิบัติ มีการตั้งเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่นำไปสู่การติดตามเยี่ยมต่อไป และ

2) ระยะการให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจและการปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ ติดตามเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดไว้ร่วมกับผู้วิจัย หากขาดความมั่นใจผู้วิจัยจะช่วยส่งเสริมในพฤติกรรมที่ถูกต้องให้ดำเนินต่อไป แต่ถ้าหากมีอาการที่ร้ายแรงจึงชี้แนะให้มาที่ห้องฉุกเฉิน และชี้แนะความรู้ในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างยังสับสน มีการใช้คำถามที่ช่วยให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองในด้านต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง เป็นเพราะพฤติกรรมดังกล่าวต้องมีการชั่งน้ำหนักทุกวัน การคำนวณพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันร่วมกับการจดบันทึก จึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับบ้านอาจไม่ได้มีการจดบันทึก คำนวณพลังงาน และชั่งน้ำหนักทุกวัน

จากที่กล่าวมาสอดคล้องกับทฤษฎีของ Orem^{17,20} ที่ระบุว่า การพยาบาลที่ให้ความรู้ การสอน ร่วมกับการชี้แนะ และการสร้างแรงจูงใจ ที่สอดคล้องกับความต้องการการเรียนรู้ และสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยสนใจ สามารถส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aguilera¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักควรที่จะได้รับความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม มีการสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนพฤติกรรมในด้านต่างๆ หากบุคคลมีความรู้และแรงจูงใจ ได้รับการกระตุ้นติดตามเป็นระยะๆ จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างดี

2. ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเอง (Mean = 4.13 ± SD. = 0.25) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 3.68 ± SD. = 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่า คือ ด้านการรับ



ประทานอาหาร ด้านการมีสมรรถกิริยาทางกาย และการพักผ่อน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และด้านการจัดการความเครียด สามารถอธิบายได้ดังนี้ ในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นรายบุคคลจากผู้วิจัย ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความรู้และกิจกรรมที่ช่วยในการสนับสนุนให้เกิดความรู้ที่เฉพาะเจาะจง ทั้งด้านการปรับพฤติกรรมการจิบน้ำ การรับประทานอาหาร การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวภายหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยระบุเหตุผลของการกระทำทุกขั้นตอน ให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกการปฏิบัติที่สามารถกระทำได้ตามลำดับก่อนหลังตามความต้องการของกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้รับการพยาบาลแบบเดียวกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทั่วไป ไม่มีการประเมินความรู้และไม่มีการสอนในแบบที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง แต่เป็นการสอนแบบทางเดียว เน้นการให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน แต่ไม่สามารถระบุถึงเนื้อหาที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติได้อย่างจริงจังและไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ในระยะภายหลังการจำหน่าย ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ภายหลังการผ่าตัด และมีการติดตามเยี่ยมที่แผนกผู้ป่วยนอกในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับมาพบแพทย์ตามนัดภายหลังการผ่าตัด กิจกรรมคือ การประเมินอาการภาวะแทรกซ้อน ความรู้ แรงจูงใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมด้านต่างๆ ซ้ำอีกครั้ง เพื่อค้นหาอุปสรรคต่างๆ ที่อาจทำให้กลุ่มทดลองมิได้ปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันไว้ หากกลุ่มทดลองสามารถแจกแจงการปฏิบัติได้ ผู้วิจัยให้คำชมเชยและสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อไป ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมจากพยาบาลหอผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย และเมื่อกลับมาพบแพทย์ตามนัด การพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมไม่ได้ประเมินอาการ ความรู้ แรงจูงใจในการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด มีแต่การประเมินระดับน้ำหนักรวมและค่าดัชนีมวลกาย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์

พบว่า ส่วนต่างของค่าดัชนีมวลกายก่อนการผ่าตัดและสัปดาห์ที่ 9 ภายหลังการผ่าตัดของกลุ่มทดลอง (8.10 ± 3.73) มากกว่ากลุ่มควบคุม (5.82 ± 2.55) สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากที่กล่าวมาสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem^{17,20} ที่ระบุว่าระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุนสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มีการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ประเมิน และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต โดยมีพยาบาลคอยให้ความรู้และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wykowski และ Krouse¹² ที่พบว่า การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักให้ประสบผลสำเร็จในด้านการลดน้ำหนักต้องได้รับโปรแกรมต่างๆ ภายหลังการผ่าตัด ทั้งโปรแกรมการสนับสนุนและการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักในด้านต่างๆ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจะมีการลดลงของน้ำหนักมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักของผู้ป่วยโรคอ้วนไปพัฒนาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป
2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามพฤติกรรมและประเมินน้ำหนักมากกว่า 8 สัปดาห์ จนถึง 2 ปี เพื่อประเมินผลของโปรแกรมและความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้



References

1. Nightingale CE, Margaron MP, Shearer E, Redman JW, Lucas DN, Cousins JM, et al. Guidelines Peri-operative management of the obese surgical patient 2015. *Anesthesia* 2015; 70(7): 859-76.
2. Weingarten TN, Flores AS, McKenzie JA, Nguyen LT, Robinson WB, Kinney TM, et al. Obstructive sleep apnoea and perioperative complications in bariatric patients. *BJA: The British Journal of Anaesthesia* 2011; 106(1): 131-9.
3. Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM, Twells LK. Long-Term Health-Related Quality of Life in Bariatric Surgery Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity* 2016; 24(1): 60-70.
4. Doolen JL, Miller SK. Primary care management of patients following bariatric surgery. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005; 17(11): 446-50.
5. Zhang L, Tan WH, Chang R, Eagon JC. Perioperative risk and complications of revisional bariatric surgery compared to primary Roux-en-Y gastric bypass. *Surgical Endoscopy* 2015; 29(6): 1316-20.
6. Puchong Timrat. Bariatric and Metabolic Surgery: An Overview. In Theerapol Angkoolpakdeekul, Preeda Samlitpradit and Paisal Pongchailert, editors. *Salayasardwiwat 44 (Surgery for Metabolic and Morbid Obesity)*. Bangkok: Bangkok Vejchasarn; 2011. (In Thai)
7. Medical Records of King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data of Bariatric Surgery at Sirindhorn Operating Theatre King Chulalongkorn Memorial Hospital; 2016 1 Jan 2016 - 31 Aug 2016. (In Thai)
8. Kasama K, Mui W, Lee WJ, Lakdawala M, Naitoh T, Seki Y, et al. IFSO-APC consensus statements 2011. *Obesity surgery* 2012; 22(5): 677-84.
9. Deitel M. Overview of operation for morbid obesity. *World journal of surgery* 1998; 22(9): 913-8.
10. Bauchowitz A, Azarbad L, Day K, Gonder-Frederick L. Evaluation of expectations and knowledge in bariatric surgery patients. *Surg Obese Relat Dis* 2007; 3(5): 554-8.
11. Aguilera M. Post-surgery support and the long-term success of bariatric surgery. *Practice Nursing* 2014; 25(9): 455-9.
12. Wykowski K, Krouse HJ. Self-Care Predictors for Success Post-Bariatric Surgery. *Gastroenterology Nursing* 2013; 36(2): 129-35.
13. LePage CT. The lived experience of individuals following Roux-en-Y gastric bypass surgery: A phenomenological study. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2010; 5(1): 57-64.
14. Sobhani Z, Amini M, Zarnaghash M, Hosseini SV, Foroutan HR. Self-Management Behaviors in Obese Patients Undergoing Surgery Base on General and Specific Adherence Scales. *World journal of plastic surgery* 2019; 8(1): 85-92.
15. Rudolph A, Hilbert A. Post-operative behavioural management in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews* 2013; 14(4): 292-302.
16. McGrice M, Paul KD. Interventions to improve long-term weight loss in



- patients following bariatric surgery: challenges and solutions. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2015; 8: 263-74. Doi: 10.2147/DMSO.S57054.
17. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
18. Srisa - Ard B. *Basic Research*. Bangkok: Suriyasan; 2018.
19. Bloom S, *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
20. Chaiyawat W. Orem's Self-care. In: Waraporn Chaiyawat and Jintana Yunibhand, editor. *Nursing Theory*. Bangkok: Chulalongkorn University; 2550.



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

รัตติยา เตยศรี* และ ปาณัญญ์ นันไทยทวีกุล**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อายุ 30-59 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้ใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Gibson สมุดบันทึกการปฏิบัติตน และแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว/ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด/ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



The Effect of Empowerment Program on Late Phase Postoperative Recovery Among Post Lumbar Spine Surgery Patients

Rattiya Toeysri* and Pachanut Nanthaitaweekul**

Abstract

Purpose: To study the effects of empowerment program on late phase postoperative recovery among post lumbar spine surgery patients.

Design: Quasi-experimental research

Methods: The participants were 46 patients aged 30-59 years old, under postoperative lumbar spine surgery were admitted into the Neurosurgery ward at Prasat Neurological Institute. Randomly selected and assigned into either experimental and control group comprised 23 patients in each group with matching technique for age, pain scale, and level of lumbar spine surgery. The research instruments consisted of the empowerment program base on the concept of Gibson, notebook with activity, and postoperative recovery profile for lumbar spine surgery patients. The reliability analysis was .83. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and t-test.

Results: The mean score of late phase postoperative recovery in experimental group after receiving the empowerment program was significantly higher than the control group at the significance level of .05

Conclusion: The empowerment program enables the patients increase self-esteem for self-care ability and good self-management in performing activities for good postoperative recovery.

Keywords: Lumbar spine surgery patients/ Postoperative recovery/ Empowerment



บทนำ

สถิติผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่สหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2015 มีจำนวนร้อยละ 32.1 ต่อประชากร 100,000 คน¹ สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จำนวน 810 คน² และจากสถิติสถาบันประสาทวิทยาปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 มีจำนวน 268, 238 และ 274 คน ตามลำดับ³ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ เกิดจากความเสื่อมทำให้เกิดพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเอว (Low back pain) หรือปวดร้าวลงขา (Leg pain) อาจมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและอาการชาร่วมด้วย ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการปวด เกิดความยากลำบากในการทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นวิธีการรักษาพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังเมื่อการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ไม่ได้ผล ซึ่งจะช่วยแก้ไขพยาธิสภาพทางระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตร การทำงาน และการเข้าสังคม โดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 29 ยังคงมีปัญหาด้านการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย⁴ ได้แก่ ด้านอาการทางกาย เช่น อาการปวดหลังและปวดขา อาการเหนื่อยล้าหลังผ่าตัด ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและความพิการด้านร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล กลัวการเคลื่อนไหว และไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ด้านสังคม เช่น ความสามารถในการทำงานลดลง ต้องหยุดงานเพื่อพักรักษาตัว และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Postoperative recovery) เป็นสภาวะที่ร่างกายคืนสภาพจากการเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัด และปราศจากภาวะแทรกซ้อน⁵ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรก (Early phase) คือ ตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จและสิ้นสุดการได้ยาระงับความรู้สึก 2) ระยะกลาง (Intermediate phase) คือ ตั้งแต่ร่างกายผู้ป่วยเริ่มทำงานปกติ และมีความพร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) ระยะท้าย (Late phase) คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และไปพักฟื้นที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านอาการทางกาย (physical symptoms) เป็นการกลับสู่สภาวะปกติของการอาการทางกาย เช่น อาการปวดลดลง ความอ่อนล้าลดลง 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) เป็นการกลับสู่สภาวะปกติของระบบต่างๆในร่างกายและการเคลื่อนไหว 3) ด้านจิตใจ (psychological) เป็นการกลับสู่สภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์ สามารถเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ได้ 4) ด้านสังคม (social) เป็นการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคม และ 5) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity) เป็นการปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเอง⁶ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจะเป็นการดูแลและให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตั้งแต่ในระยะแรก (Early phase) ระยะกลาง (Intermediate phase) และระยะท้าย (Late phase) ซึ่งเป็นการดูแลด้านร่างกาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรม เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด การสวมอุปกรณ์พยุงหลัง การบริหารกล้ามเนื้อ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน⁷ ซึ่งกิจกรรมการดังกล่าวผู้ป่วยมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ โดยเฉพาะในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะเจ็บป่วยไปสู่สภาวะปกติ และต้องกลับไปดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 ยังขาดความมั่นใจและวิตกกังวลในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและต่อเนื่องใน



ระหว่างพักฟื้นที่บ้าน⁸ ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายมีความล่าช้า และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีทั้งปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อายุ ความปวด ตำแหน่งความเจ็บปวดก่อนผ่าตัด จำนวนปลอกกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด⁹ ความวิตกกังวล การกลัวการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด⁸ ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁰ ปัจจัยด้านร่างกายควบคุมได้โดยการใช้อาบน้ำ การปวดและการทำกายภาพบำบัด ซึ่งกระทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ใน ระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านจิตใจจัดการได้โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของตนเอง¹¹ เนื่องจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากระดูกและผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่ในด้านจิตใจผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ยังคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง¹⁰ ซึ่งนำไปสู่ความพรัองในการดูแลตนเองขณะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายใช้เวลานานขึ้น การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจจัดการกระทำกับปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าจะเกิดความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถจัดการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁰ นำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดีครอบคลุมในทุกด้าน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของตนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ¹² โดยมีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีอาการปวดลดลง ระยะทางการเดินเพิ่มขึ้น อดทนการเหยียดและงอข้อเข่ามากขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง และรู้สึกมีพลังในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{13,14} จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในการศึกษาที่ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ซึ่งโปรแกรมหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีความเข้มแข็งในการกระทำสิ่งต่างๆ และรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง จึงสามารถควบคุมและจัดการกับปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม และมีการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ต่อเนื่องในระยะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่รวดเร็ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹² เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่กำลังเผชิญอยู่โดยผู้ป่วยจะตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ทำให้มีการปรับตัวและพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจปัญหา มีการพัฒนาความรู้ความสามารถ ทำให้ได้มาซึ่งทางเลือกในการแก้ไขปัญหา มีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการกระทำที่เป็นประโยชน์ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตน นำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ เป็นการให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตรงตามสภาพปัญหา เมื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามที่ตนเองเลือกทำให้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มั่นใจในศักยภาพของตน จึงยังคงพฤติกรรมปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องในระยะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดี โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองในการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดที่รวดเร็วและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด โดยผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง บรรลุเป้าหมาย ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹² ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองและการ

ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่องในระยะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่รวดเร็ว ครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางกาย สามารถควบคุมและจัดการอาการทางกายที่เกิดขึ้นได้ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย กลับสู่สภาวะปกติในการทำหน้าที่ของร่างกายและระบบต่างๆ ที่รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ด้านจิตใจ ปราศจากความวิตกกังวล สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ด้านสังคม มีการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียว (The-Posttest-only with nonequivalent groups)

ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 1 เดือนแรกหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพศชายและหญิง อายุ 30-59 ปี ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดอำนาจทดสอบ 80% ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดอิทธิพล .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10¹⁵ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีทั้งหมด 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched pair) โดยตัวแปรที่กำหนดคือ อายุ ระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion



criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (L_1-S_1) ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท โรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน และเข้ารับการรักษาก่อนด้วยวิธีผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นครั้งแรก 2) ผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 3) มีอาการคงที่ไม่มีข้อห้ามออกจากเตียงและการฝึกเดิน 4) มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 5) มีอุปกรณ์สื่อสารที่ใช้งาน Application Line ได้ ยินดีให้ผู้วิจัยติดต่อสื่อสารทาง Line และทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย แผ่นพับขั้นตอนการใช้ Application Line ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจภาษาและเนื้อหาในโปรแกรมเป็นอย่างดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษาเพื่อลดอาการปวด ชนิดการผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ผ่าตัด

2.2 แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ใช้แบบประเมิน Postoperative Recovery Profile ของ Allvin⁶ จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้าน

การดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงเครื่องมือจาก Allvin โดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (Backward translation) ภายหลังได้รับอนุญาตได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญอีกท่านหนึ่งแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ ดัดแปลงข้อความจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 1 จากเดิม “ท่านมีอาการปวด” เป็น “ท่านมีอาการปวดหลัง ปวดเอว หรือปวดหลังร้าวลงขา” ซึ่งเป็นอาการปวดที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว แบบสอบถามเป็น Rating scale 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยๆ และเป็นประจำ มีค่าคะแนน 1-4 คะแนนรวม 1-76 คะแนน ค่าคะแนนมากหมายถึง มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดมาก ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าประสิทธิภาพของเครื่องมือเท่ากับ .83

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ สมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยใช้บันทึกการปฏิบัติตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนในแต่ละสัปดาห์ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจในภาษาและเนื้อหาเป็นอย่างดี สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 61050 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2561 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย



และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือคุณภาพการบริการที่จะได้รับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง เตรียมความพร้อมผู้วิจัย โดยทบทวนและศึกษาคำถามและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วประสานงานกับพยาบาลประจำการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังของสถาบันประสาทวิทยา ครอบคลุมในเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด การสวมอุปกรณ์พยุงหลัง การบริหารกล้ามเนื้อ และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลจำนวน 5 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (วันแรกที่แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน) ใช้เวลา 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่กำลังเผชิญอยู่ตามสภาพจริง และสรุปปัญหาร่วมกับผู้วิจัย 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงประสบการณ์จัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา ตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกับผู้วิจัย และฝึกทักษะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองและการบริหารร่างกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายที่ตั้งไว้และบอกแนวทางที่คิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และให้ผู้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับในทักษะการปฏิบัติ กระตุ้นให้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และให้กลุ่มตัวอย่าง Add Line “Spine Empowerment”

กิจกรรมครั้งที่ 2 (1 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อเนื่องจากกิจกรรมในครั้งที่ 1 โดยเยี่ยมเตือนใจเพื่อทบทวนกิจกรรมการดูแลตนเองและการบริหารร่างกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ

กิจกรรมครั้งที่ 3 (วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 45-60 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในศักยภาพของตน มีการตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจก่อนกลับบ้าน ทบทวนกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดทั้งหมดที่ได้ปฏิบัติในช่วงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยบอกถึงสิ่งที่ยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรค พร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

กิจกรรมครั้งที่ 4 และกิจกรรมครั้งที่ 5 (ระหว่างพักฟื้นที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจำหน่ายออกจากโรง



พยาบาล) ใช้เวลา 20-30 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้ Application Line ในการติดตามเพื่อกระตุ้นและสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นและให้กำลังใจให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจในศักยภาพของตนและยังคงพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในขณะพักรักษาตัวที่บ้าน

ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 วันที่แพทย์นัดตรวจเป็นครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม กลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว รวมทั้งคำแนะนำในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติ Independence t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63 มีอายุเฉลี่ย 54.65 ปี (S.D. = 3.86) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.90 และส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.99 กก./ตรม. คิดเป็นร้อยละ 32.60 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar spondylolisthesis) คิดเป็นร้อยละ 39.10 โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal canal stenosis) คิดเป็นร้อยละ 30.40 โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท (Herniated nucleus pulposus) คิดเป็นร้อยละ 21.70 และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (Lumbar spondylosis) คิดเป็นร้อยละ 8.70 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.50 มีประวัติการรักษาโดยการกายภาพบำบัดร่วมกับรับประทานยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 47.80 ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว 2 ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีระดับความปวดหลังผ่าตัดในระดับปวดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.60

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด						
ระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	n	$\bar{X}$	SD.	df	t	p-value
กระดูกสันหลังระดับเอว						
กลุ่มทดลอง	23	73.608	2.083	44	5.505	.006
กลุ่มควบคุม	23	68.217	4.209			

p < .05



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายโดยรวมและรายด้านในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

การฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัดระยะท้าย ในผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดกระดูก สันหลังระดับเอว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
รวมทั้ง 5 ด้าน	73.608	2.083	68.217	4.209	44	5.505	.006
ด้านอาการทางกาย	19.304	0.764	17.913	1.411	44	4.156	.031
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	19.130	0.967	18.478	1.503	44	1.749	.009
ด้านจิตใจ	15.826	0.387	14.043	1.744	44	4.784	.000
ด้านสังคม	11.826	0.387	11.087	0.900	44	3.617	.001
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	7.521	0.593	6.695	1.184	44	2.991	.003

$p < .05$

ส่วนที่ 2 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย ของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.505$, $p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายโดยรวมและรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายโดยรวม และเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านอาการทางกาย ด้านการดำเนินงานหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ เนื่องจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจะได้รับความรู้และการฝึกทักษะต่างๆในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยได้รับประสบการณ์ทั้งหมดด้วยตนเองจากการค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนแก้ไขปัญหาให้สำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติและการแก้ไขปัญหา และรับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่การเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง มีความเข้มแข็งในการกระทำสิ่งต่างๆ และเป็นอำนาจภายในที่กระตุ้นให้รับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่องในระยะพักฟื้นที่บ้าน



สอดคล้องกับการศึกษาของ Chobkarnrai และคณะ¹⁰ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตน จึงปรับตัวและพร้อมปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เมื่อได้รับความรู้ร่วมกับฝึกทักษะในการปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จึงสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูลและกระตุ้นผ่านทาง Application Line และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอและยังคงพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sasuan และ Phatisena¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมทั้งมีการฟื้นฟูสภาพด้านอาการปวด การเหยียดข้อเข่า ระยะทางการเดิน และระยะเวลานอนพักดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yuncharoen และคณะ¹⁶ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอาการทางกาย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านอาการทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้

ป่วยสามารถค้นพบปัญหาด้านอาการทางกายที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดตามสภาพการณ์จริงและยอมรับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้เกิดการตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหา โดยแสวงหาความรู้และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการแก้ปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้สามารถควบคุมและจัดการกับอาการทางกายต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Iemphong¹⁷ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยที่สามารถเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดอาการปวดได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้รับการแก้ไขเมื่อเริ่มมีอาการปวดเพียงเล็กน้อยจึงสามารถควบคุมอาการปวดได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะต่างๆ ในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกสันหลังเกิดแรงกดมากเกินไป อันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีการบริหารกล้ามเนื้อที่เหมาะสม ส่งผลให้กล้ามเนื้อและกระดูกสันหลังฟื้นฟูจากพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Iemphong¹⁷ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการเหยียดการงอข้อเข่า และระยะทางการเดินมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการกลับสู่ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่รวดเร็ว

ด้านจิตใจ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่ม



ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยยอมรับต่อการเจ็บป่วยและมีความคิดด้านบวกนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้ลดความวิตกกังวลและสามารถการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยรู้สึกถึงความสำเร็จและพึงพอใจในความสามารถของตนทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงสามารถเผชิญปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและแก้ไขได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีประสบการณ์ที่ดีในการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Garzon-Rey และคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับความเครียดลดลง และเกิดความรู้สึกมีพลังมากขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัด

ด้านสังคม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสม และปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายกลับสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็ว รวมทั้งในด้านจิตใจผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะเจ็บป่วยไปสู่สภาวะปกติได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้กลับสู่บทบาทหน้าที่และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Tzu-Ting Huang และคณะ¹³ พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจนเกิดความ

ชำนาญ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม จึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Garzon-Rey และคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ รวมทั้งได้รับแรงจูงใจให้มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเองภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แม้อยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือความเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะพักฟื้นที่บ้าน ทำให้สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในแต่ละช่วงเวลา และติดตามความยั่งยืนของการเสริมสร้างพลังอำนาจระยะยาว



บทสรุป

การศึกษาค้นคว้าพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตน ทำให้สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่องในขณะที่พักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดี ครอบคลุมในทุกด้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้

References

1. Martin BI, Mirza SK, Spina N, Spiker WR, Lawrence B, Brodke DS. Trends in Lumbar Fusion Procedure Rates and Associated Hospital Costs for Degenerative Spinal Diseases in the United States, 2004 to 2015. *Spine* 2019; 44(5): 369-76.
2. Department of medical services ministry of Public health. Statistical report department of medical services ministry of public health on medical services 2013. Department of medical services; 2013. (In Thai)
3. Operating department of Prasat neurological institute. Statistical report of operating room of Prasat neurological institute. 2016-2018. (In Thai)
4. Jansson KA, Nemeth G, Granath F, Jonsson B, Blomqvist P. Health-related quality of life (EQ-5D) before and one year after surgery for lumbar spinal stenosis. *The Journal of bone and joint surgery, British* Volume 2009; 91(2): 210-6.
5. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 57(5): 552-8.
6. Allvin R, Ehnfors M, Rawal N, Svensson E, Idvall E. Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability. *Journal of evaluation in clinical practice* 2009; 15(3): 411-9.
7. Prasat neurological institute. Clinical nursing practice guidelines for surgical spine Tanapress company: Bangkok; 2013. (In Thai)
8. Archer KR, Seebach CL, Mathis SL, Riley III LH, Wegener ST. Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. *The Spine Journal* 2014; 14(5): 759-67.
9. Gu J, Guan F, Zhu L, Guan G, Chi Z, Wang H, et al. Risk Factors of Postoperative Low Back Pain for Lumbar Spine Disease. *World Neurosurg* 2016; 94: 248-54. Doi. [org/10.1016/j.wneu.2016.07.010](https://doi.org/10.1016/j.wneu.2016.07.010)
10. Chobkarnrai S, Chanruangvahich W, Tosingha O, Watthanaapisit T. Factors



- in the prediction of self-care behaviour amongst post-lumbar surgery degenerative spine patients. Thai Journal of Nursing Council 2013; 28(3): 68-79. (In Thai)
11. Sangsaikaew A, Somkumlung P. Holistic nursing approach: Its implications for practice of caring for patients after undergoing lumbar spine surgery. Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University 2018; (Special issue of the 25th Nursing Conference): 203-8. (In Thai)
 12. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of advanced nursing 1995; 21(6): 1201-10.
 13. Huang TT, Sung CC, Wang WS, Wang BH. The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. Journal of advanced nursing 2017; 73(8): 1848-61.
 14. Sasuan A, Phatisena T. The Effects of Empowerment Program on Postoperative Recovery of Knee Arthroplasty Surgery Patients. In: The National Conference & Research Presentation 2015 “Crate and Development to Approach ASEAN Community II”; 2015 June 18-19; NakhonRatchasima College. Nakhonratchasima, Thailand; 2015.110-19. (In Thai)
 15. Polit D, Hungler B. Nursing Research: Principle and Method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1999.
 16. Yuncharoen K, Jitramontree N, Jirathummakoon S. The effects of empowerment program on postoperative recovery in older patients undergoing knee arthroplasty. Journal of Nursing Science 2016; 34(1): 167-78. (In Thai)
 17. Iemphong L. The effects of empowerment program on postoperative recovery and knowledge of minimally invasive total knee arthroplasty surgery. Christian University of Thailand; 2010. (In Thai)
 18. Garzon-Rey JM, Arza-Valdes A, Nuevo-Gayoso M, Aguilo J. Effectiveness of patient empowerment over stress related to knee arthroplasty surgery. Enfermeria Clinica 2018; 28(3): 186-93.



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา

เอกลักษณ์ พิภสุข^{*} ปรียัมมล รัชนกุล^{**} และ วณิดา ทองใบ^{***}

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 99 หมู่ 18 คลองหนึ่ง คลองหลวง ปทุมธานี 12120

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา

แบบแผนงานวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ เยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาจำนวน 120 คน ที่เข้ารับการตรวจ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมพันธ์สเปียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .44$) ทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .48$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .51$) และการรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .43$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา

สรุป: การวางแผนส่งเสริม และจัดการให้เยาวชนแรงงานข้ามชาติเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนั้น ควรเน้นส่งเสริมให้เยาวชนแรงงานข้ามชาติเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตน การปรับทัศนคติทางบวก และส่งเสริมความรู้ เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในเขตกรุงเทพมหานครต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เยาวชนแรงงานข้ามชาติ/ ชาวเมียนมา

^{*} นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

^{**} ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ Email: pregamol@nurse.tu.ac.th

^{***} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



The Factors Related to HIV Prevention Behavior among Myanmar Youth Migrant Workers

Ekkalak Faksook^{*} Pregamol Rutchanagul^{**} and Wanalada Thongbai^{***}

Abstract

Purpose: To investigate factors related to HIV preventive behaviors among Myanmar youth migrant workers.

Design: descriptive correlation research study

Method: The sampling consisted of 120 young Myanmar migrant workers Visited to the hospital under the Department of Medical Services, Bangkok area between October and November 2018. Data were collected using a set of questionnaires. The questionnaires included questionnaires about personal information, knowledge, attitude toward HIV infection, perceived susceptibility to HIV infection, self-efficacy for HIV prevention and HIV prevention behavior. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Correlations were identified using the Pearson product-moment correlation coefficient, and the point biserial correlation coefficient.

Finding: The results revealed that knowledge of HIV prevention ($r=0.45$), attitude toward HIV prevention ($r = 0.53$), perceived susceptibility to HIV ($r=0.55$), and self-efficacy for HIV prevention ($r=0.43$) were positively and significantly related to HIV prevention behavior ($p<.05$) among Myanmar youth migrant workers in Bangkok, Thailand. The results further revealed that the non-correlation factors for HIV prevention behaviors were sex, marital status, and education level.

Conclusion: The findings of this study can be used in planning and organizing projects to increase the recognition of perceived susceptibility to HIV, perceived self-efficacy for HIV prevention, attitude toward HIV prevention, and increased knowledge of HIV prevention in Bangkok, Thailand.

Keywords: HIV prevention behaviors/ Youths/ Migrant workers/ Myanmar

^{*} Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Thammasat University

^{**} Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University. Email: pregamol@nurse.tu.ac.th

^{***} Lecturer, Faculty of Nursing Thammasat University



บทนำ

เอชไอวี เป็นปัญหาสำคัญที่องค์กรสาธารณสุขทั่วโลกพยายามแก้ไขอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แต่ก็ยังคงมีผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกสูงถึง 36.7 ล้านคน¹ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีแรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 4 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมดในประเทศ¹ และพบความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากถึงร้อยละ 49.30² ส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา³ ซึ่งเข้ามาทำงานในประเทศไทยในกลุ่มแรงงานไร้ฝีมือที่ไม่ต้องการทักษะในการทำงานสูงมาก เช่น อาชีพรับจ้างก่อสร้าง ประเภตประมง ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม เกษตรกร ลูกจ้างในครัวเรือนร้านค้า เป็นต้น⁴

แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ถูกจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 18-25 ปี⁵ ช่วงวัยดังกล่าวนี้เป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นตอนปลายสู่ผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางเพศที่สมบูรณ์และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (Full sexual maturation) มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์อย่างอิสระได้สูง ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศและความเสี่ยงทางเพศที่จะนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ อีกทั้งกลุ่มเยาวชนที่เป็นแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มที่หน่วยงานทางสาธารณสุขเข้าถึงได้ยาก มีการย้ายที่อยู่ตลอดเวลาตามสถานที่ทำงานบางคนอยู่แบบหลบซ่อนเนื่องจากเข้าเมืองอย่างไม่ถูกกฎหมาย ซึ่งมีรายงานพบว่ากลุ่มเยาวชนแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในประเทศไทยทั้งที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย มีสัดส่วนสูงที่สุดในการจ่ายเงินเพื่อการมีเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 27 ของกลุ่มเยาวชนที่มีความเสี่ยงทั้งหมด⁷ จึงเพิ่มโอกาสเสี่ยงมากขึ้นที่จะติดเชื้อเอชไอวี^{5,7} ประกอบกับแรงงานข้ามชาติมากถึงร้อยละ 47.5 มีการซื้อบริการทางเพศ⁶ และแรงงานข้ามชาติยังมีความรู้ที่บิดเบือน เช่น เข้าใจว่าถุงเป็นพาหะนำเชื้อโรค

น้ำยาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์สามารถป้องกันการติดเชื้อได้⁸ การมีทัศนคติต่อถุงยางอนามัยโดยเชื่อว่าการสวมถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศลดลง⁶ และยังเชื่อว่าสมุนไพรพื้นบ้านสามารถช่วยรักษาเชื้อเอชไอวีได้⁹ ความรู้ที่ไม่เพียงพอและความเชื่อดังกล่าวส่งผลทำให้เยาวชนแรงงานข้ามชาติเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

แรงงานข้ามชาติที่มีการติดเชื้อเอชไอวีนอกจากมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปยังแรงงานข้ามชาติด้วยกันแล้วยังมีโอกาสแพร่มาสู่แรงงานไทย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพกับคนไทยเพิ่มมากขึ้นได้อีกด้วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ประเทศไทยต้องสูญเสียกำลัง แรงงานสำคัญ พื้นฐาน และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นตามสิทธิประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ถึงร้อยละ 2.4 เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2553 ที่ใช้งบประมาณร้อยละ 2.2 เท่านั้น¹⁰ ดังนั้นการส่งเสริมให้เยาวชนแรงงานข้ามชาติเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยลดภาระและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับประเทศไทย แต่การที่จะส่งเสริมให้เยาวชนแรงงานข้ามชาติเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเหมาะสมนั้น จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนแรงงานข้ามชาติก่อน จึงจะทำให้การจัดแนวทางการป้องกันเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาถึงปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวพม่า โดยเลือกจาก ปัจจัยที่เคยศึกษาในกลุ่มบริบทใกล้เคียงกันแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แต่ยังไม่เคยนำมาศึกษาในกลุ่มเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ปัจจัยที่ยังมีทิศทางความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจน มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 1) ความรู้เรื่องเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี^{11,12,13,14} 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ



เอชไอวี^{9,11,12,14} 3) พัฒนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี^{8,13} 4) การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี^{11,13} และ 5) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา^{7,9,11}

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่ผ่านมานั้นนานเกินกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงบรรยายสำรวจซึ่งยังไม่สามารถบอกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างชัดเจน และผลการวิจัยยังไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในวัยแรงงานผู้ใหญ่ไม่ได้มุ่งเน้นที่กลุ่มเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา จึงอาจไม่สามารถนำมาอธิบายในบริบทปัจจุบันของกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันได้ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาเฉพาะกลุ่มเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาอาศัยอยู่มากที่สุดในประเทศไทย

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีโอกาสปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลที่รับการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ เพื่อคัดกรองสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งกลุ่มแรงงานข้ามชาตินี้ถือเป็นอีกหนึ่งกลุ่มชุมชนที่มีบริบทเฉพาะ มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม มีความเชื่อในการดูแลสุขภาพที่ต่างจากแรงงานคนไทย อีกทั้งยังเป็นกลุ่มเยาวชนซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีด้วย⁴ จึงสนใจศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และเลือกเก็บข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นสถานที่เข้าถึงเยาวชนแรงงานข้ามชาติได้ เพราะโดยบริบทแล้วนั้นเยาวชนแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก เพื่อจะเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้ในการศึกษาให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นำปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปขยายผลสร้างแนวทางในการส่งเสริม

การป้องกันการติดเชื้อในเยาวชนแรงงานข้ามชาติ เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ให้ได้มากที่สุดในกลุ่มชุมชนของเยาวชนแรงงานข้ามชาติ ตามนโยบาย Getting to Zero หรือ “เข้าใกล้เป้าหมายที่เป็นศูนย์” ของกระทรวงสาธารณสุข และ องค์การอนามัยโลกที่มีนโยบายเพื่อลดปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยเป้าหมายหลักสำคัญประกอบไปด้วย สามศูนย์ (000) ได้แก่ การที่ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ (Zero new infection) การที่ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ (Zero death) และการไม่มีการตีตราหรือการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อ (Zero stigma and discrimination) ต่อไป^{1,4}

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skill: IMB) ของ Fisher, Fisher และ Shuper¹⁵ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่าบุคคลจะเกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ได้นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลักคือ 1) ข้อมูล (Information) การรับรู้ข้อมูลความรู้ที่มีความเฉพาะกับบุคคลที่ยังขาดเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้โดยตรง¹⁵ 2) แรงจูงใจ (Motivation) คือ แรงผลักดันที่เหมาะสมที่ทำให้เกิดความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ความตั้งใจที่หนักแน่นจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์มาก และ 3) ทักษะพฤติกรรม (Behavioral skill) โดยเมื่อบุคคลรับรู้เชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมตนเองในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้บุคคลตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามมา

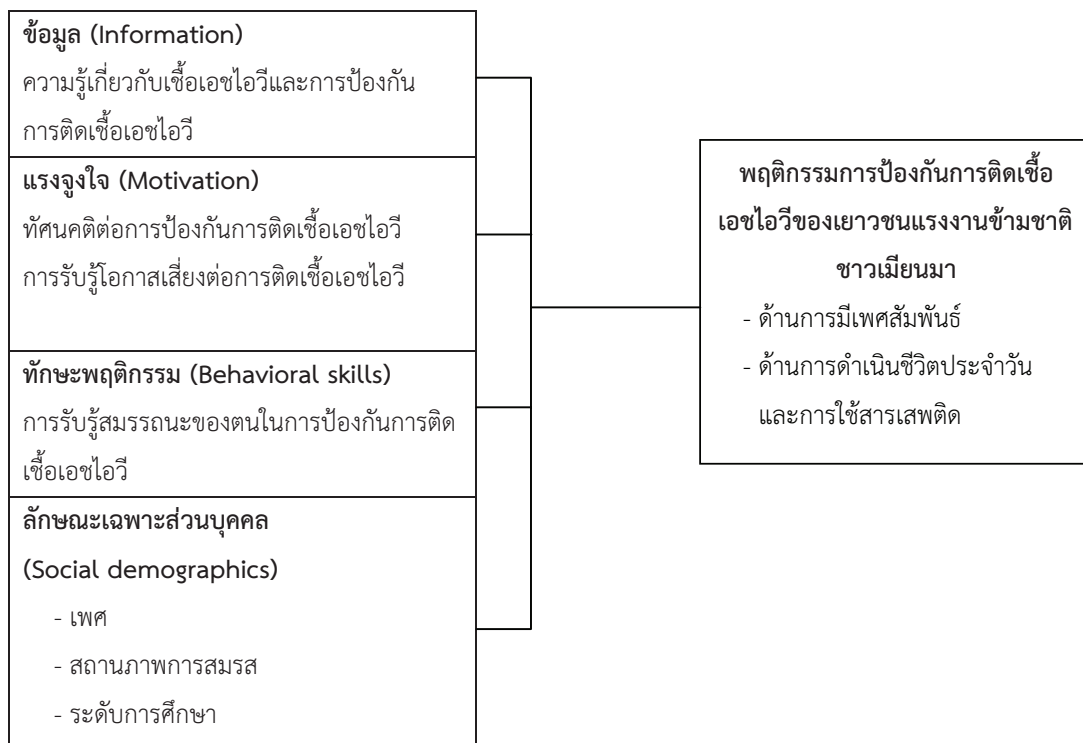
การศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้ทั้ง 3 องค์ประกอบตามแนวคิด Information - Motivation - Behavioral Skill (IMB) โดยศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) ด้าน Information ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ถึงแม้บุคคลจะมีแรงจูงใจ พยายามกระทำ



พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากเท่าไร แต่ถ้ายังขาดข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อเติมเต็มในส่วนที่เยาวชนแรงงานข้ามชาติยังขาดอยู่ก็จะไม่สามารถแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมถูกต้องออกมาได้ 2) ด้าน Motivation ได้แก่ ทักษะคิดต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งทั้งสองปัจจัยดังกล่าวจัดเป็นแรงจูงใจระดับบุคคล เมื่อเยาวชนแรงงานข้ามชาติมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้เกิดแรงจูงใจ ตั้งใจที่จะพยายามทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้สำเร็จได้ สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเยาวชนแรงงานข้ามชาติมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยง

ที่จะติดเชื้อเอชไอวีได้มากเท่าใด ก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองติดเชื้อเอชไอวีได้ และ 3) ทักษะพฤติกรรม (Behavioral skills) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ดีมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรดังกล่าวมาร่วมศึกษาในครั้งนี้ด้วย ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยตามแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย





วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา
2. เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No. 094/2561 วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2561 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเอกสารเลขที่ 170/2561 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา

ที่มาที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2561 มีอายุระหว่าง 18-25 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ประกอบอาชีพในกลุ่มงานไร้ฝีมือ ไม่ต้องการทักษะในการทำงานสูงมาก มีใบอนุญาต ที่มาตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลได้มาจากการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) เลือกโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับการตรวจรักษาสุขภาพแรงงานข้ามชาติเป็นขอบเขตของการสุ่มตัวอย่าง (Sampling frame) สุ่มเลือกมา 1 โรงพยาบาลโดยการเลือกโดยไม่มีการใส่คืน (Sampling without replacement) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยสุ่มเลือกตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) คำนวณเพื่อหา Interval จากสูตร $Interval = N/n$ ประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size estimate) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.2 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test, $1-\beta$) ที่ระดับร้อยละ 95 กำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ .05 หากความสัมพันธ์แบบทางเดียว One tailed จากค่ามาตรฐานของ Cohen¹⁶ ได้ค่า Effect size อยู่ในระดับ Medium เท่ากับ 0.3 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน ผู้วิจัยได้กำหนดอัตราการไม่ครบถ้วนจากการศึกษาวิจัยในอดีตที่พบว่าส่วนใหญ่ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนประมาณร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตร $n_{new} = 75 / (1-0.10) = 127$ คน จึงเก็บข้อมูลในครั้งนี้นี้จำนวน 127 คน เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้วพบว่าไม่มีแบบสัมภาษณ์ที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 7 ชุดผู้วิจัยจึงตัดออกไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น



แบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านแรงงานข้ามชาติ ผู้เชี่ยวชาญด้านเชื้อเอชไอวี และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือและเยาวชน ซึ่งคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการอยู่ในประเทศไทย สถานภาพการสมรส การใช้สารเสพติด เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบจำนวน 8 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรม โดยข้อคำถามครอบคลุมเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี วิธีการติดต่อความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ วิธีการและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทั้งด้านการมีเพศสัมพันธ์ และการดำเนินชีวิตประจำวันของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาเป็นแบบตอบถูกผิดจำนวน 15 ข้อ ลักษณะการแปลผลพิจารณาจากเกณฑ์ของ Bloom¹⁷ คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .83 คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-richardson reliability: K 20) เท่ากับ .92

3. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของ Saechee และ Thato¹² โดยนำมาปรับเพิ่มข้อคำถามทัศนคติด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและสารเสพติด ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และลดข้อคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์ที่คล้ายคลึงลง โดยข้อคำถามครอบคลุมเรื่อง ความรู้สึกนึกคิดของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่มีต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในด้านการมีเพศสัมพันธ์และการดำเนินชีวิตประจำวันและการใช้สารเสพติด แบบของลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย

มาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย จำนวน 7 ข้อถาม มีคำถามด้านบวก 3 ข้อ และด้านลบจำนวน 4 ข้อ การแปลผลแบ่งคะแนนรวมตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ คะแนนรวมสูงหมายถึงทัศนคติต่อการติดเชื้อเอชไอวีดี ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา โดยครอบคลุมการรับรู้ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงและมีแนวโน้มที่จะติดเชื้อเอชไอวีจำนวนคำถาม 5 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรวัด 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วยการแปลผลแบ่งคะแนนรวมตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ คะแนนรวมสูงหมายถึงรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมาก ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83

5. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา โดยครอบคลุมเนื้อหาการรับรู้ถึงความสามารถและความมั่นใจของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทั้งด้านเพศสัมพันธ์ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและสารเสพติด มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัด 4 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย และไม่มั่นใจเลย การแปลผลแบ่งคะแนนรวมตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ คะแนนรวมสูงหมายถึงรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81

6. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการ



ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวพม่า ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีจำนวน 14 ข้อแบ่งเป็นด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการใช้สารเสพติดจำนวน 5 ข้อ เนื้อหาเกี่ยวกับการไม่ใช้สารเสพติดชนิดใช้เข็มร่วมกัน การไม่ใช้ของที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกัน ได้แก่ ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา การไม่สัมผัสสารคัดหลั่งต่างๆ การไม่สักตามร่างกายหรือตกแต่งอวัยวะเพศ และด้านการมีเพศสัมพันธ์ 9 ข้อ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่สามีภรรยาตนเอง การใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่นอนเพียงคนเดียว การพกถุงยางอนามัย การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่มีการสวมถุงยางอนามัย ลักษณะแบบประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลการตอบพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best¹⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับคือพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดี พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีปานกลาง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่ดี ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .90 สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมผู้ช่วยวิจัยก่อนการลงเก็บข้อมูลดังนี้

1.1 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ตรงตามแบบสัมภาษณ์จึงได้กำหนดให้มีล่ามที่เข้าใจภาษาไทยและภาษาเมียนมา สำหรับอธิบายคำถาม โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นชาวเมียนมาและอาศัยอยู่เมืองประเทศไทยมาแล้วกว่า 5 ปี 2) มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุข จบการศึกษาปริญญาตรี คณะเภสัชศาสตร์จากประเทศพม่า และจบการศึกษาปริญญาโท จากมหาวิทยาลัยในประเทศไทย และ 3) เข้าใจภาษาไทยและภาษาเมียนมา สามารถอ่าน ฟัง พูด ได้ในระดับดี

1.2 การทดสอบล่ามก่อนลงการศึกษา

โดย 1) ผู้วิจัยมอบแบบสัมภาษณ์ภาษาไทยแก่ล่ามชาวเมียนมา (ล่าม A) 2) (ล่าม A) สัมภาษณ์เป็นภาษาเมียนมากับกลุ่มตัวอย่างชาวเมียนมา 3) ล่ามชาวเมียนมา (ล่าม B) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง แปลเป็นภาษาไทยส่งกลับมายังผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้ว่าถูกต้องตามแบบสัมภาษณ์หรือไม่ เมื่อข้อมูลถูกต้องถือว่าล่ามชาวเมียนมา (ล่าม A) ผ่านการทดสอบความเข้าใจทางภาษา และ 4) ผู้วิจัยจัดการเตรียมความรู้และความพร้อมให้แก่ล่ามชาวเมียนมาและทดสอบล่ามการวิจัยโดยสร้างสถานการณ์จำลองให้ล่ามการวิจัยทดสอบการเก็บข้อมูลการวิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 คำนวณ interval สำหรับเก็บข้อมูลล่วงหน้าจากจำนวนแรงงานข้ามชาติเฉลี่ยในอดีตที่เคยมาตรวจต่อวันย้อนหลัง 2 ปีจากสูตร $Interval = N/n$ (เมื่อ N คือจำนวนประชากรที่ได้รับนัดหมายให้มาตรวจในอดีตโดยเฉลี่ยแต่ละวันได้เท่ากับ 50 ราย และ n คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยตั้งเป้าหมายที่ต้องการในแต่ละวันเท่ากับ 10 ดังนั้นได้ $Interval$ เท่ากับ $50/10 = 5$ เมื่อได้ $Interval$ จากนั้นสุ่มหมายเลขตั้งต้นระหว่าง 1-9 จำนวนหนึ่งหมายเลขโดยการสุ่มแบบง่าย ได้หมายเลข 5 ตั้งต้นในการเก็บข้อมูล

2.2 ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ทดสอบความเข้าใจภาษาโดยการถามคำถามที่เตรียมไว้ในการทดสอบความเข้าใจเพื่อประเมินความเข้าใจภาษาไทย หลังจากนั้นขอความยินยอมเบื้องต้นในการวิจัยโดยการสอบถามปากเปล่า บริเวณจุดคัดกรอง

2.3 แยกอาสาสมัครการวิจัยมาพื้นที่ถูกเตรียมไว้เป็นสัดส่วนมีความเป็นส่วนตัวจากผู้ให้บริการอื่นๆ เพื่อปกป้องข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง อาภาศฉายเท สะดวก เย็นสบาย ปราศจากสิ่งรบกวน ผู้วิจัยแนะนำตัว และล่าม อธิบายวัตถุประสงค์ อธิบายยินยอมและขอให้ลงนามในใบยินยอมร่วมการวิจัย เพื่อรักษาสีทิตตามลำดับการตรวจพยาบาลประจำห้องตรวจจะแจ้งล่วงหน้า



หน้ากับผู้วิจัยประมาณ 15 นาทีก่อนถึงลำดับการตรวจกรณีที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยแต่ใกล้ถึงลำดับการตรวจจะทำการเก็บข้อมูลหลังได้รับการตรวจเสร็จแล้ว

2.4 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสัมภาษณ์ลงคำตอบในแบบสัมภาษณ์เอง เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายไม่ครบถ้วน โดยมีล่ามช่วยอธิบายเป็นภาษาเมียนมาเพิ่มเติมในขณะสัมภาษณ์ หลังตอบแบบสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนข้อมูล หลังจากนั้นกล่าวลาขอบคุณและมอบของที่ระลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระได้แก่ ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของแรงงานข้ามชาติ กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่อยู่มาตรวัดตัวแปรระดับ นามมาตรา (Nominal scale) และอันดับมาตรา (Ordinal scale) ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 21.06 ปี (S.D. = 2.10) เป็นเพศชายร้อยละ 69.20 และเพศหญิงร้อยละ 30.80 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ อยู่กับคู่ครองของตนเองคิดเป็นร้อยละ 55.80 รองลงมาคือ แยกกันอยู่กับคู่ครองร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 50.80 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 42.50 การศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมดได้รับการศึกษาจากประเทศพม่าเมื่อสัปดาห์เกี่ยวกับการศึกษาด้านเพศศึกษาในประเทศพม่า กลุ่มตัวอย่างอธิบายว่ายังไม่มี การเปิดกว้างด้านการศึกษาเรื่องเพศ และการติดเชื้อเอชไอวี ถึงแม้จะเรียนถึงชั้นมัธยมศึกษา แล้วก็ตาม เยาวชนแรงงานข้ามชาติบางรายที่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีเนื่องจากได้รับการอบรมในประเทศพม่าจากองค์กรการทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือ ยูนิเซฟ (United Nations Children's Fund: UNICEF) ที่มีการจัดอบรมตามชุมชนหมู่บ้านแล้วแต่ผู้สนใจจะเข้ารับการอบรม กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากประกอบอาชีพ ลูกจ้างขายของ/ บริหารร้านอาหารร้อยละ 56.70 และจำนวนร้อยละ 50.80 มีรายได้ที่ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 บาท ถึง 10,000 บาท

ข้อมูลพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมามีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรวมทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 28.73$, S.D. = 4.82) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.50 ($\bar{X} = 10.57$, S.D. = 1.71) และ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้านการมีเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.20 ($\bar{X} = 18.15$, S.D. = 3.80)

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .44$) ทักษะต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .48$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .51$) การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .43$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สำหรับเพศ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2



ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษา (n =120)

ปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	1.00				
2. ทักษะเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	.37**	1.00			
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	.18*	.32**	1.00		
4. การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	.32**	.25**	.15	1.00	
5. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	.44**	.48**	.51**	.43**	1.00

หมายเหตุ: *p < .05, ** p < .01

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ของปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษา (n=120)

ตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษา	1	2	3	4
1. เพศ	1.00			
2. สถานภาพการสมรส	-.01	1.00		
3. ระดับการศึกษา	-.28**	-.06	1.00	
4. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	.03	.03	-.06	1.00

หมายเหตุ: *p < .05, ** p < .01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .44$) ทักษะเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .48$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($r = 0.51$) การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ($r = .43$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสามารถอธิบายได้ดังนี้

เนื่องจากเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นปัจจัยนำหลัก ทำให้เกิดการจดจำและระลึกได้ถึงข้อมูล จนทำให้เกิดการรับรู้อันตรายจากการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อ

เอชไอวีตามมา ในที่สุดบุคคลก็จะพยายามแสดงพฤติกรรมป้องกันไม่ให้ตนเองติดเชื้อเอชไอวี¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงการใช้ถุงยางอนามัยของแรงงานข้ามชาติด้วย^{12,13} สำหรับทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนั้นพบว่า การที่เยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทำแล้วเกิดประโยชน์กับตนเองจะทำให้เยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาเกิดทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมนั้นยังมีทัศนคติทางบวกมากเท่าไรก็จะส่งผลให้เกิดความตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นตามไปด้วย¹⁹ เมื่อเกิดความตั้งใจที่มากขึ้นจะทำให้เยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา มีแรงจูงใจ (Motivation) มากขึ้นส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้นด้วย



เช่นกัน¹⁹ สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด แรงจูงใจ (Motivation) ตามแนวคิด IMB model ของ Fisher, Fisher และ Shuper¹⁵ ในการกระทำพฤติกรรมป้องกัน โดยหากบุคคลมีความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และประเมินตนเองว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค ยังมีการรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆ มากเท่าใด บุคคลก็จะเกิดแรงจูงใจและความพยายามอย่างมากขึ้นเท่านั้นที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้น ทั้งนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้าน การรับรู้สมรรถนะของตน ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้โดย เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงทำให้เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เกิดกำลังใจและแรงจูงใจสูงที่จะมุ่งมั่นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ จนสำเร็จ¹⁵

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลเรื่อง เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ ระดับการศึกษา เยาวชนแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาไม่แตกต่างกันทำให้เยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา มีการได้รับข้อมูล (Information) ที่ใกล้เคียงกัน มีทักษะการคิดวิเคราะห์ที่ไม่ต่างกันมากนัก จึงอาจทำให้การแสดงออกถึงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่กล่าวไว้ว่าการได้รับการศึกษาน้อยไม่ได้หมายความว่าบุคคลจะไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี⁹ สอดคล้องกับการสุ่มสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมไว้ว่า องค์การ UNICEF มีการลงไปให้ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีในหมู่บ้านในประเทศพม่าอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ถึงแม้ว่าแรงงานบางรายไม่ได้รับการศึกษาก็อาจจะมีความรู้

รู้และสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมได้

สำหรับปัจจัยด้านเพศ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาการทางเพศสมบูรณ์ (Full sexual maturation)¹⁴ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่มีอิทธิพลมาจากฮอร์โมนเพศเป็นสำคัญตามพัฒนาการของช่วงวัยทำให้เยาวชนทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอารมณ์ความรู้สึกทางเพศ มีความจริงจังกับความรัก ความสนใจเพศตรง อาจเป็นไปได้ว่าลักษณะการมีพัฒนาการทางเพศตามช่วงวัยดังกล่าวจึงทำให้เยาวชนทั้งเพศชาย และเพศหญิงมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ต่างกัน และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ทั้งเพศชาย และเพศหญิง มักไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำไม่ต่างกันแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทั้งสองเพศไม่แตกต่างกัน อีกทั้งยังพบอีกว่าเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่มีคู่อุปการเพียงคนเดียว ไม่มีการซื้อขายบริการทางเพศกับผู้ขายบริการทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Haehapruk²⁰ และ Ni Ni Khainig⁹ ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สถานภาพการสมรส สามารถอธิบายได้ว่าแรงงานที่มีคู่อยู่แล้วจะซื่อสัตย์กับคู่อุปการไม่มีการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและไม่มีการซื้อขายบริการทางเพศ ซึ่งไม่ต่างจากกลุ่มคนที่ยังโสด ถึงแม้ตนเองจะยังโสดก็ไม่มีการสำส่อนทางเพศหรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ไม่มีการซื้อขายบริการทางเพศ⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maung, Soe, Than and Madan⁸ ที่พบว่าบุคคลที่มีคู่อุปการจะซื่อสัตย์กับคู่ของตนแม้จะอยู่ห่างกันหรือแม้กระทั่งคนที่เคยสมรสแล้วก็มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ดี⁷ เนื่องจากเขาสามารถพูดคุยกับคู่อุปการใหม่ได้อย่างไม่เขินอาย⁷ ไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Ni Ni Khainig⁹ ที่พบว่า คนโสดพยายามที่จะป้องกันการติด



เชื้อเอชไอวี และใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ เพราะคิดว่าตนเองโสด ยังไม่มีคู่จำเป็นต้องดูแลตนเอง เพื่อมีครอบครัวในอนาคต ไม่ต่างจากคนที่มีความเชื่อต่อคูครองแม้จะอยู่ห่างกันก็ตามแม้กระทั่งคนที่เคยสมรสแล้วก็มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากเพราะสามารถพูดคุยเรื่องเพศและการป้องกันกับคู่ของตนได้อย่างไม่รู้สึกละอาย⁹

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้สร้างแนวทางแผนกลยุทธ์การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในชุมชนโดยการสร้างสื่อสิ่งพิมพ์ การพัฒนารูปแบบสื่อวิทยุประชาสัมพันธ์โดยมีการแปลเป็นภาษาเมียนมา จัดการอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สร้างทัศนคติต่อการป้องกันกันติดเชื้อเอชไอวี ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีแก่เยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในชุมชนต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไม่รวมไปถึงกลุ่มอื่นและพื้นที่อื่นซึ่งอาจมีบริบทต่างกัน จึงเป็นข้อ

จำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงประชากรเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาทั้งหมดที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาจากการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับแนวคิด ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม (Information Motivation Behavioral Skill)¹⁵ ครบทั้ง 3 องค์ประกอบ การศึกษานี้ยังพบว่า ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ต่อเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในปัจจุบันยังคงมีความบิดเบือน เข้าใจผิด ไม่เหมาะสม จำนวนมาก ไม่ต่างจากการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา ดังนั้นการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมานั้นควรมีการให้ข้อมูลความรู้ สร้างทัศนคติ เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง และส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมถูกต้อง โดยการจัดกิจกรรม โครงการ และสื่อต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินการควรมีการแปลเป็นภาษาเมียนมา หรือมีล่ามที่ช่วยแปลภาษาและอธิบายเป็นภาษาเมียนมาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และนำไปสู่การลดลงของผู้ติดเชื้อรายใหม่จนกระทั่งเข้าใกล้ศูนย์ (Getting to zero) มากที่สุดต่อไป



References

1. UNAIDS. The Gap Report (Migrants). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 10]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
2. Meyoutam C, Chaimanee A. AIDS among immigrant and Thai HIV infected workers cared at Nopparat Rajathanee Hospital. Thamassat medical journal 2017; 18(1): 71-77. (In Thai)
3. Tanaiswryangkul S, Seeno W, Pongpan S. Report on the situation of infection among migrant workers in Thailand. Nonthaburi: Group of AIDS epidemiological surveillance system for TB And sexually transmitted diseases Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi; 2013. (In Thai)
4. UNAIDS. Global AIDS Update. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 30]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
5. Chamrathirong A, Boonchalaksi W, et al. Promotion of AIDS prevention in migrant workers (Pha Mit-2 Project). Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2010. (In Thai)
6. UNICEF. Country programme document 2012 [Internet]. 2012 [cited 2018 Dec 10]. Available from: http://www.unicef.org/about/execboard/files/Thailand_final_approved_2012-2016-English_10Feb2012_.pdf 7,
7. Htoo KM, Panza A. Factors Associated with Unsafe Sex Behaviors for Prevention of HIV/AIDS Transmission Among Myanmar Migrant Fishermen in Ranong, Thailand. Journal of Health Research 2009; 23(Suppl.): 45-47.
8. Maung KT, Soe HHK, Than NN, Madan SS. High Risk Behavior, Knowledge and Attitude of HIV/AIDS among Workers in Factories Manufacturing Alcohol in Mandalay, Myanmar. World Journal of AIDS 2013; 3(2): 147-53. Doi: 10.4236/wja.2013.32019.
9. Khaing NN. HIV/AIDS Preventive Behavior: Factors underlying condom use among Myanmar migrant workers in Samut Sakhon Province, Thailand [Doctoral dissertation, MA Thesis in Health Social Science]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 1998. (In Thai)
10. Chamrathirong A, and Boonchalaksi W. Prevention of HIV/AIDS among migrant workers in Thailand project (PHAMIT): the impact survey 2008. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2009. (In Thai)
11. Nyunt KS, Kiewkarnka B, Sillabutra J Safe sex behavior towards HIV/AIDS among Myanmar reproductive aged migrants in Muang district, Samutsakhon province, Thailand [Doctoral dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2008. (In Thai)
12. Saechee P, Thato R. Factors predicting condom use behavior of Myanmar male workers in industrial factories, the upper southern region of Thailand. Princess of Naradhiwas University Journal 2017; 9(2): 26-37. (In Thai)



13. Klam C, Tan K. Factors influencing AIDS preventive behaviors of male migrant workers in Myanmar following the sea fishery Samut Sakhon Province [Master's thesis Faculty of Public Health, Health Education]. Nakhon Pathom. Mahidol University; 1998. (In Thai)
14. World Health Organization. HIV/AIDS Fact Sheet update [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 30]. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/.
15. Fisher JD, Fisher WA, Shuper PA. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of HIV preventive behavior. Emerging theories in health promotion practice and research 2009; 2: 21-64.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Lawrence Erlbaum associates publishers; 1998.
17. Bloom BS. Handbook on Formative and summation Evaluation of student learning. New York: Mc Graw Hall; 1971.
18. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
19. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1980.
20. Haehapruk J. Factors affecting the prevention behavior of AIDS among foreign workers In Mueang District Ratchaburi Province [Master's Thesis Faculty of Public Health]. Nakhon Pratom: Mahidol University; 1999. (In Thai)



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ต่ออาการอหิสติกของเด็กอหิสติกวัยก่อนเรียน

สุชาวลี พันธุ์พงษ์* จินตนา ยูนิพันธุ์** และ สุนิศา สุขตระกูล***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบอาการอหิสติกของเด็กอหิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และเปรียบเทียบอาการอหิสติกของเด็กอหิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่อหิสติกอายุ 3-6 ปี และครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการจับคู่ (Matched pair) และการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คู่ กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และคู่มือการดูแลเด็กอหิสติก สำหรับครอบครัว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการรุนแรงของโรคอหิซึม และแบบประเมินพลังอำนาจ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 และ .80 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย 1) คะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) คะแนนเฉลี่ยอาการอหิสติกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป: การใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวสามารถทำให้อาการอหิสติกของเด็กอหิสติกวัยก่อนเรียนลดลงได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ความสามารถในการดูแล/ อาการอหิสติก/ เด็กอหิสติกวัยก่อนเรียน

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
Email: jintana.y@chula.ac.th

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



The Effect of Enhancing Family Cargiving Abilty Program on Autistic Symptoms among Autistic Preschoolers

Suchawalee Punphong* Jintana Yunibhand** and Sunisa Suktrakul***

Abstract

Purpose: 1) to compare autistic symptoms among autistic preschoolers before and after using the enhancing family caregiving ability program, and 2) to compare autistic symptoms among autistic preschoolers using the enhancing family caregiving ability program and those received usual nursing care.

Design: Quasi-experimental research

Methods: Research sample consisted of forty Autistic children, aged 3-6 and family receiving services in the outpatient clinic of Yuwaprasartwaithayopatum hospital, selected by inclusion criteria, were matched pair by sex of autistic children and type of medicine which autistic children received in the same type, then, equally randomly assigned to an experimental group and a control group with 20 subjects in each group. The experimental group received the enhancing family caregiving ability program for 4 weeks. The control group received usual nursing care. The experimental instruments included the Enhancing Family Cargiving Abilty Program and the autism caring manual for family. Data were collected using the autistic symptoms assessment scale and the empowerment assessment scale. Its CVI were .92 and .80, respectively. Their Cronbach's alpha coefficients were .96 and .89, respectively. The t-test was used in data analysis.

Findings: 1) The mean score of autistic symptoms after using the enhancing family caregiving program was significantly lower than those before, at the .01 level. 2) The mean score of autistic symptoms who received the enhancing family caregiving program was significantly decreased more than such mean score of autistic children who received usual nursing care, at the .01 level.

Conclusion: The result of this study support that the enhancing family caregiving program can reduce the autistic symptom among autistic preschoolers.

Keywords: Enhancing family caregiving ability/ Autistic symptoms/ Autistic preschoolers

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.
Email Address: jintana.y@chula.ac.th

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Co-advisor.



บทนำ

โรคออทิซึม เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมอง บางส่วนโดยยังไม่ทราบแน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุปัจจุบันพบการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยออทิซึมมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก¹ จากรายงานล่าสุดของการสำรวจความชุกของเด็กออทิซึมอย่างเป็นทางการในทุกประเทศทั่วโลกเมื่อปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีความชุกของโรคออทิซึมคือ 1 คน ต่อเด็กทุก 68 คน² สำหรับในประเทศไทยมีการสำรวจอย่างเป็นทางการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในปี พ.ศ. 2547 พบมีสัดส่วนความชุกของโรคออทิซึมคือ 1 คน ต่อเด็กทุก 1,000 คน พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเท่ากับ 4-5:1 แต่ในเพศหญิงมักจะมีอาการรุนแรงมากกว่า³ จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลอุพระสาทไวทโยปถัมภ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560 พบมีผู้ป่วยออทิซึมจำนวน 17,931, 16,350, และ 16,762 คนตามลำดับ และพบผู้ป่วยเด็กออทิซึมรายใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวน 4,086 คน และช่วงอายุที่พบมากที่สุดนั้นเป็นเด็กวัยก่อนเรียนคือ อายุ 3-6 ปี จำนวน 1,804 คน คิดเป็นร้อยละ 44.15

อาการออทิซึม เป็นคำที่ใช้ใน 2 ลักษณะ คือ ใช้อธิบายอาการที่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิซึมของ DSM-5 กล่าวคือ เป็นการแสดงออกของความบกพร่องใน 2 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ 1) ความบกพร่องด้านการใช้ภาษาและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ 2) การมีพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ⁴ และเป็นคำที่ใช้อธิบายลักษณะความผิดปกติของการแสดงออกที่ไม่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย ซึ่งใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือ โดย Rimland และ Edelson⁵ ได้กล่าวถึงอาการออทิซึมว่าเป็นความผิดปกติของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร 2) ด้านสังคม 3) ด้านประสาทรับความรู้สึกและการรับรู้ และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม อาการดังกล่าวจะปรากฏให้เห็นในช่วงขวบปีแรก และจะพบอาการอย่าง

เด่นชัดเมื่อเด็กมีอายุ 18 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้จะพบอาการความผิดปกติอย่างรวดเร็วที่สุดในช่วงก่อนวัยเรียน ซึ่งแต่ละคนจะมีอาการที่มีความแตกต่างกันไป ตั้งแต่ความรุนแรงของอาการน้อยไปจนถึงมาก⁶

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออาการออทิซึม ประกอบด้วยหลายปัจจัย แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านเด็กออทิซึม พบว่า ความผิดปกติของสมองทำให้เกิดความบกพร่องของพัฒนาการในหลายๆ ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาและสังคมล่าช้า มีพฤติกรรม ความสนใจ และการกระทำที่ซ้ำๆ หรือจำกัด⁷ รวมทั้งสติปัญญา อายุ เพศ ก็เป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย และ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว โดยพบว่า ความสามารถในการดูแลเด็กออทิซึม มีอิทธิพลอย่างมากต่ออาการออทิซึม โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนเป็นผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ครอบครัวจึงเป็นผู้ดูแลหลัก โดยพบว่าครอบครัวที่ดูแลเด็กออทิซึมได้ไม่เหมาะสม ทำให้อาการออทิซึมแย่ลงได้⁸

อาการออทิซึมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถบรรเทาอาการให้ลดลงได้ แนวทางการดูแลรักษาเด็กออทิซึมที่เหมาะสมในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การส่งเสริมความสามารถครอบครัว กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด พฤติกรรมบำบัด การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ และการเริ่มให้การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิซึมอย่างเหมาะสม ตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรค และทำอย่างต่อเนื่องถือเป็นสิ่งที่สำคัญ⁹ การดูแลเด็กออทิซึมจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ แต่หัวใจสำคัญของการดูแลไม่ได้อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญแต่เพียงเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับครอบครัวที่จะมีความสามารถในการนำวิธีการบำบัดรักษาต่างๆ ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กออทิซึมที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอหรือไม่⁹ ครอบครัวนับเป็นสถาบันหลักที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิซึมตั้งแต่วัยแรกเริ่มหรือทันทีเมื่อได้รับทราบผลการวินิจฉัยสอดคล้อง กับการศึกษาของ Oono, Honey และ McCoach¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาการบำบัดรักษาเด็ก



ออทิสติก ในระยะเริ่มต้น โดยการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพบว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกตั้งแต่วัยเริ่มต้นหรือทันทีเมื่อรับทราบผลการวินิจฉัย โดยจะต้องเน้นการช่วยเหลือให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอาการออทิสติกที่รุนแรงมากขึ้นได้ ดังนั้นการที่จะทำให้อาการออทิสติกดีขึ้นได้นั้น นอกจากจะเป็นการดูแลรักษาที่ตัวเด็กแล้ว แต่ปัจจัยที่สำคัญอย่างมากอีกหนึ่งปัจจัยก็คือ ปัจจัยครอบครัวที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยด้านครอบครัว คือ ความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกมาจัดกระทำ โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม เพื่อนำไปสู่อาการออทิสติกที่ดีขึ้นตามมา

จากการทบทวนสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติกในปัจจุบัน พบปัญหาเด็กออทิสติกยังไม่ได้รับการดูแลที่ดี โดยพบว่าครอบครัวให้การดูแลเด็กออทิสติกได้ไม่เหมาะสม นำไปสู่อาการออทิสติกที่รุนแรงมากขึ้นได้¹¹ สอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญและมีความเป็นเลิศในการดูแลเด็กออทิสติกพบว่า จำนวนเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงซับซ้อนหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับปัญหาจากการที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม ทำให้จำนวนเด็กออทิสติกที่ถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาในโปรแกรมการดูแลแบบเข้มข้นในแผนกผู้ป่วยในมากขึ้น ต้องรอคิวการเข้ารับการรักษา ประกอบกับการไม่มีคู่มือสำหรับพยาบาล และคู่มือสำหรับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกที่มีความชัดเจนในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งหากครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่วัยแรกเริ่มให้มีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างรวดเร็วมากที่สุด ก็จะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งเด็กออทิสติกและครอบครัวได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำ

ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมและเกิดความต่อเนื่องของการดูแล ป้องกันการเกิดอาการออทิสติกที่รุนแรงมากขึ้นได้

จากการทบทวนแนวคิดการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติกพบว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก นำไปสู่การทำให้อาการออทิสติกดีขึ้นได้¹² ซึ่งแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลากหลาย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีพื้นฐานแนวคิดที่มีความเชื่อว่า พลังอำนาจ คือแหล่งทรัพยากรที่ปรากฏอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลนั้นๆ มีการพัฒนาให้บุคคลนำทรัพยากรเหล่านี้มาใช้ได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลทำให้บุคคลตระหนักในศักยภาพและความสามารถของตน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสามารถของตนเอง ในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้เหมาะสม จึงสนใจนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller มาใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก และจัดทำเป็นคู่มือดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวได้ทบทวนแหล่งพลังอำนาจของตน ทำให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้พัฒนาศักยภาพ นำไปสู่การเกิดความความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Group process) โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน มีการปรับตัวเข้าหากัน และจะพยายามช่วยกันทำงาน โดยอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งจะทำให้เป้าหมายสำเร็จได้^{13,14} อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจในด้านการสนับสนุนทางสังคมด้วย เนื้อหาภายในเป็นเนื้อหาที่มุ่งเน้นการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวบุคคล เพื่อให้ครอบครัวเกิดศักยภาพ นำไปสู่การเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติก โดยเฉพาะ



อย่างยิ่งในเรื่องของการจัดการกับอาการออทิสติก ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Ebrahimi, Malek, Babapoor และ Abdorrahmani¹⁵ ที่ได้ทำการศึกษาการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่มารดาของเด็กออทิสติก พบว่ามารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น ส่งผลให้ที่ติดต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกเช่นกัน

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว ตามแนวการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ครอบครัวได้พัฒนาแหล่งพลังอำนาจภายในตน ทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้ดีขึ้น ซึ่งเมื่อครอบครัวมีความสามารถในการดูแลที่ดีขึ้นแล้วนั้น ก็จะส่งผลทำให้เด็กออทิสติกมีอาการดีขึ้นเช่นกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเด็กออทิสติก เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติก เกิดแรงจูงใจในการดูแลและส่งเสริมให้ครอบครัวเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้นำไปสู่การเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และเพื่อเปรียบเทียบอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design)

ประชากร คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคออทิสซึมมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และครอบครัวเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่ออทิสติกอายุ 3-6 ปี และครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน มีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. เด็กออทิสติก ต้องเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคออทิสซึมอายุ 3-6 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. ครอบครัวเด็กออทิสติก คือ เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กออทิสติก ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาดังแต่ 6 เดือนขึ้นไป และเป็นผู้ที่อยู่ในระดับยอมรับการเจ็บป่วยของเด็กออทิสติกได้แล้ว

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวคือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง



การศึกษาผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คือ แบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิซึม โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาจากอัญชรส ทองเพชร ซึ่งปรับจากฉบับที่แปลโดยวนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ และภัทราภรณ์ หุ่นคำปัน สร้างโดย Rimland และ Edelson5 จำนวน 77 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ทั้งสองเครื่องมือและผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวไปทดลองใช้จริงกับผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินผลสำเร็จ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 20 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่ามีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เลขที่ 003/62 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือในการวิจัย เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2.1.2 ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในความดูแลตามแบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิซึม

2.1.3 เด็กออทิสติกและครอบครัว จะได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การได้รับยา และข้อมูลของครอบครัว

2.2.2 ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในความดูแลตามแบบประเมินอาการรุนแรงของโรคออทิซึม

2.2.3 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยเด็กออทิสติกและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์



การกำกับการทดลอง

แบบประเมินพลังอำนาจเป็นการประเมินพลังอำนาจของครอบครัวเด็กออทิสติกที่เข้าร่วมในการวิจัย เพราะการมีพลังอำนาจจะทำให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลได้ขึ้น ผู้วิจัยให้ครอบครัวเด็กออทิสติกทำแบบประเมินพลังอำนาจ ทำแบบประเมินพลังอำนาจเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในวันสุดท้ายของการบำบัด หากพบว่าครอบครัวประเมินแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจอยู่ในระดับที่น้อย หรือระดับน้อยที่สุด ซึ่งใน 2 ระดับนี้ ผู้วิจัยจะนำครอบครัวกลุ่มนี้มาทบทวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลต่อไปจนกว่าครอบครัวจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pre-test)

ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติก เพื่อให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิสซึม โดยผู้วิจัยให้ความรู้และอธิบายวิธีประเมินอาการออทิสติก และให้ครอบครัวประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกทันที และเก็บแบบประเมินหลังจากครอบครัวประเมินเรียบร้อยแล้ว

รวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test)

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยนัดพบครอบครัวของเด็กออทิสติกหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยให้ครอบครัวได้ประเมินอาการออทิสติก ตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคออทิสซึม โดยนักกลุ่มทดลองให้มาประเมินอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และสำหรับ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคออทิสซึม และการดูแลเด็กออทิสติก พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลเด็กออทิสติก สำหรับครอบครัวให้กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ผลข้อมูล สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) เปรียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการออทิสติกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. เด็กออทิสติกทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 และ 45 ตามลำดับ เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 65 และ 80 ตามลำดับ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Autism ครั้งแรกช่วงอายุ 3-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน การศึกษาในปัจจุบัน ร้อยละ 65 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการรักษาด้วยยาเช่นเดียวกัน และในส่วนของครอบครัวของเด็กออทิสติก โดยส่วนมากแล้วทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 และ 90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 60 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 และ 90 ตามลำดับ มีระดับการศึกษา ในช่วงปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน



มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กคือ มารดาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 60 และ 85 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ ช่วง 3 ปี 1 เดือน ถึง 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และ 65 ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 1)

3. คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความ

สามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 2)

4. ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของ ครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 3)

ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมทันที ผู้วิจัย ให้ครอบครัวเด็กออทิสติกทำแบบประเมินพลังอำนาจ ผลการประเมินพบว่าครอบครัวเด็กออทิสติกกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว

คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติก	$\bar{X}$	SD.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	75.90	18.393	19	16.173*	.000
หลังการทดลอง	51.10	19.812			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติก	$\bar{X}$	SD.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	53.10	19.812	38	2.572*	.014
กลุ่มควบคุม	68.85	18.905			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติก	$\bar{d}$	S_d	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	23.55	1.282	38	-11.615*	.000
กลุ่มควบคุม	6.85	.650			



ทั้ง 20 คน ได้คะแนนพลังอำนาจผ่านตามเกณฑ์ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลวิจัยแสดงว่า อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนลดลงจากการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ซึ่งมีรูปแบบการบำบัดที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Miller¹⁶ เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวเด็กออทิสติก จะมีส่วนช่วยให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกที่เพิ่มมากขึ้น¹² สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller¹⁶ ที่กล่าวว่า พลังอำนาจคือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน โดยแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลมี 7 แหล่ง ซึ่งประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อ ทั้งนี้ความบกพร่องของแหล่งพลังอำนาจของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งแหล่งพลังอำนาจดังกล่าวสามารถพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นได้ และในการศึกษาของการศึกษาของ Ebrahimi, Malek, Babapoor และ Abdorrahmani¹⁵ ที่ได้ทำการศึกษาศาสนาเสริมพลังอำนาจแก่มารดาของเด็กออทิสติกพบว่า มารดาที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น ส่งผลให้ที่ดีต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกเช่นกัน ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับ Gibson¹⁷ พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การเพิ่มความสามารถและความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุม

สถานการณ์ได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถที่เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Suprajitno¹⁸ ที่ได้ทำการศึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับมารดาเด็กออทิสติก พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มศักยภาพ ทำให้มารดาเกิดความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้พัฒนาความรู้ ความคิด และความเข้าใจ รวมทั้งการรู้จักตนเอง การยอมรับตัวเอง สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดความมั่นใจ และมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว โดยปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller¹⁶ มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรม เนื้อหาในกิจกรรมมุ่งเน้นให้ครอบครัวใช้ศักยภาพและใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพ ได้พัฒนาแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวบุคคล ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของของ Oono, Honey และ McCoachie¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาศาสนาบำบัดรักษาเด็กออทิสติกในระยะเริ่มต้น มุ่งเน้นการเสริมสร้างให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหรือทันทีเมื่อรับทราบผลการวินิจฉัย จะช่วยให้เด็กออทิสติกมีอาการที่ดีขึ้นได้ ซึ่งรายละเอียดเนื้อหาภายในโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้ มีการให้ครอบครัวเด็ก



ออทิสติกแต่ละครอบครัวได้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการดูแลเด็กออทิสติก การพูดคุยเกี่ยวกับอาการออทิสติกและปัญหาการดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว มีการให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องโรคออทิสซึม สาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการดูแล โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการออทิสติกที่เป็นปัญหา และเอื้ออำนวยให้มีทักษะและวิธีการจัดการกับอาการออทิสติก การนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติก และวางแผนเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกได้ เกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมั่นใจ และมีความต่อเนื่องในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงได้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller¹⁶ ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเสริมสร้างให้ครอบครัวเด็กออทิสติกเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ทำให้กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวได้รับการพัฒนาความสามารถและศักยภาพของตนเองดังที่ได้อธิบายไว้ในข้อ 1 นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย ส่วนกลุ่ม

ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ด้วยวิธีการจับคู่เพศของเด็กออทิสติกและการได้รับยาของเด็กออทิสติก ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller¹⁶ ที่มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีพลังอำนาจ ทำให้ครอบครัวเกิดความตระหนักในศักยภาพและความสามารถของตน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อาการออ ทิสติกของเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแล ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลทำให้ครอบครัวได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ทำให้เกิดความสามารถในการดูแลและจัดการกับอาการออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงเช่นกัน แต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง



เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยทางโรงพยาบาล มีการจัดกิจกรรมการดูแลให้กับเด็กออทิสติกหลังจากที่รับทราบผลการวินิจฉัยโรคออทิสซึม มีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยพยาบาลวิชาชีพทำกลุ่มกับเด็กออทิสติกและครอบครัว ประกอบด้วยด้วย กิจกรรมพัฒนาทักษะสังคม กิจกรรมพัฒนาทักษะการรับรู้ทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะการแสดงออกทางภาษา กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านกล้ามเนื้อเล็ก และกิจกรรมพัฒนาทักษะการเล่น การเรียนรู้ ทำให้เด็กออทิสติกและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงที่ สอดคล้องกับ Scott และ Chris¹⁹ กล่าวไว้ว่า การดูแลเด็กตั้งแต่อายุเล็กๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ทักษะสังคม ทักษะการคิด และทักษะอื่นๆ ดังนั้นจึงพบว่ากลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกลดลงเช่นกัน แต่เนื่องจากครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มในกลุ่มควบคุม ไม่ได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของครอบครัว ตามแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ และไม่ได้รับการพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตนเองให้เกิดความสมดุล อาจส่งผลทำให้ครอบครัวเด็กออทิสติกในกลุ่มควบคุม ไม่สามารถวางแผน และจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อาการออทิสติกลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองได้

สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว สามารถลดอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้เป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกตามแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ครอบครัวได้รับการเสริมสร้างแหล่งทรัพยากรที่ปรากฏอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ทำให้ครอบครัวมีศักยภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสามารถของตนเองในการดูแลและจัดการอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวมีคะแนน

เฉลี่ยอาการออทิสติกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจส่งผลให้ครอบครัวในกลุ่มควบคุมไม่สามารถวางแผน และจัดการกับอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรมีการนำโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว ตามแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัว ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการจัดการกับอาการออทิสติก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการกับอาการออทิสติกในด้านการพูด การใช้ภาษาและการสื่อสาร และด้านประสาทรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ให้มากขึ้น โดยอาจการเพิ่มระยะเวลาของการทำกิจกรรมนั้นให้นานขึ้น หรือใช้ร่วมกับโปรแกรมอื่นๆ ที่มีความเหมาะสม

2. **ด้านการศึกษา** หน่วยงานต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชน ควรได้รับการพัฒนาการศึกษาในเรื่องการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัว เพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเสริมสร้างให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการกระทำต่อเด็กออทิสติกร่วมกับ เช่น มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก การเล่นบำบัดในเด็กออทิสติก เป็นต้น และควรมีการติดตามผลในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย



References

1. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism research* 2012; 5(3): 160-79.
2. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
3. Carter AS, Black DO, Tewani S, Connolly CE, Kadlec MB, Tager-Flusberg H. Sex differences in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders* 2007; 37(1): 86-97.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Pub; 2013.
5. Rimland B, Edelson SM. *Autism treatment evaluation checklist (ATEC)*. San Diego: Autism Research Institute; 2000. Retrieved October, 23; 2006.
6. Zablotsky B, Bramlett M, Blumberg SJ. Factors associated with parental rating of condition severity for children with autism spectrum disorder. *Disability and Health Journal* 2015; 8(4): 626-34.
7. Steinman GD, Mankuta D, Zuckerman R, Gray F. *The cause of autism: Concepts and Misconceptions*. New York: Baffin Book Publishing; 2014.
8. Missouri Autism Guidelines Initiative. *Autism spectrum disorders: Guide to evidence-based interventions*: Missouri Foundation for Health: St. Louis and Springfield, MO; 2012.
9. Siriratlekha T. *The manual of caring for patients with autism spectrum disorder*. 5 ed. Bangkok: National office of Buddhism; 2012.
10. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal* 2013; 8(6): 2380-479.
11. Meirsschaut M, Roeyers H, Warreyn P. Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2010; 4(4): 661-9.
12. Stillman W. *Empowered autism parenting: celebrating (and defending) your child's place in the world*. San Francisco: Jossey Bass; 2009.
13. Webster M, Whitmeyer JM. Applications of theories of group processes. *Sociological Theory* 2001; 19(3): 250-70.
14. Lewin K. *Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change*. *Human relations* 1947; 1(1): 5-41.
15. Ebrahimi H, Malek A, Babapoor J, Abdorrahmani N. Empowerment of mothers in raising and caring of child with autism spectrum disorder. *International research journal of applied and basic sciences* 2013; 4(10): 3109-13.
16. Miller JF. *Coping with chronic illness:*



- overcoming powerlessness. 2nd ed. Philadelphia: Davis; 2000.
17. Gibson. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of advanced nursing* 1995; 21(6): 1201-10.
18. Suprajitno S. EFFECT OF FAMILY EMPOWERMENT IN ENHANCING THE CAPABILITIES OF CHILDREN WITH AUTISM. *Belitung Nursing Journal* 2017; 3(5): 533-40.
19. Myers SM, Johnson CP. Management of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2007; 120(5). 1162-82.



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

บุญพริกา มณีโชติ* และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรู้คิด กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 121 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลโดยใช้การตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินการรู้คิดโดยใช้ MMSE-Thai 2002 และแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยใช้ Barthel ADL Index ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .71, .80, .83 และ .91 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย: 1) การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก ($\bar{X} = 16.56$, $SD. = 4.11$) 2) อายุและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.399$, $r = -.337$ ตามลำดับ) 3) การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .348$) 4) เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 5) การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สรุป: อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง โดยในเพศชายมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ดีกว่าเพศหญิง ดังนั้น การให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับช่วงอายุและเพศ โดยมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการรู้คิด จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง/ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย/ ผู้สูงอายุ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

Email: sisasat@gmail.com



Selected Factors Related to Physical Functional Ability among Stroke Older Persons

Boontarika Maneechot* and Siriphan Sasat**

Abstract

Purpose: 1) To study the physical functional ability of stroke older persons and 2) To study relationships between gender, age, depression, social support, cognition, and physical functional ability of stroke older persons.

Research Design: Descriptive correlational research

Methodology: The participants were 121 men and women with stroke, aged over 60, who visited the out-patient department of the 2 tertiary hospitals. They came from purposive sampling. The questionnaire was applied to collect data. The instruments were the demographic questionnaire, Social supports assessment, Thai Geriatric Depression Scale, cognition assessment using MMSE-Thai 2002, and Barthel ADL Index. The content validity is .92 and the reliability is .71, .80, .83, .93, respectively. Data were analyzed by descriptive statistic, Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient and Chi-square test.

Result: 1) The overall physical functional ability of stroke older persons for self-care is at a good level ($\bar{X} = 16.56$, $SD. = 4.11$) 2) Age and depression were significantly negative correlation with physical functional ability among stroke older persons at the level of .05. ($r = -.399$, $r = -.337$). 3) The cognition was significantly positive correlation with physical functional ability among stroke older persons at the level of .05 ($r = .348$) 4) Gender was significantly correlation with physical functional ability among stroke older persons at the level of .05, and 5) Social supports have no correlation with physical functional ability among stroke older persons.

Conclusion: The older of age affects the degradation of physical functional ability while the physical functional ability of men is better than women. Therefore, to give appropriate care for age and gender, the screening of depression and cognition will also help the physical functional ability of stroke older persons to work better.

Keywords: Stroke / Physical functional ability/ Older Persons

* Student in master of nursing science program faculty of nursing Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Thesis Advisor.
Email: sisasat@gmail.com



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการภายหลังการรอดชีวิต และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดเป็นอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลก รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ¹ สำหรับประเทศไทย พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นจาก 38.7 เมื่อปี พ.ศ. 2557 เป็น 47.8 ในปี พ.ศ. 2560² และพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 2,088.91 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยวัยอื่นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² และเมื่อภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความชุกของอัมพฤกษ์ อัมพาตด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.3 ความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60-69 ร้อยละ 2.3³

ความพิการหรืออัมพาตส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พบว่า ด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยเสียการทรงตัว มีความบกพร่องทางการรู้คิด มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจและพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ส่งผลให้การกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยลง ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะกลัวเกี่ยวกับความพิการ กลัวการหกล้ม และกลัวเป็นภาระครอบครัว⁴ ทำให้ผู้ป่วยหลายคนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา⁵ ส่วนด้านสังคม ความพิการที่หลงเหลือทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินชีวิตลดลง และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและครอบครัวลดลง มีความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง⁶ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เมื่อรวมกับความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการฟื้นฟูเป็นไปอย่างล่าช้ากว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง⁶ ผลที่ตามมาจากการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ลดลง

ส่งผลให้มีการทำกิจวัตรประจำวันลดลง กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดเกร็ง เกิดภาวะนอนติดเตียง เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องดูแลเพิ่มขึ้นตามมา โดยผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การหาแนวทางเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี จึงจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายดังกล่าว โดยการทำหน้าที่ด้านร่างกาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน และการเคลื่อนไหวได้สำเร็จตามความมุ่งหมาย ประกอบด้วย การอาบน้ำ การหิวนม การสวมเสื้อผ้า เข้าห้องน้ำ ลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การควบคุมการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และการขึ้นบันได⁷

การมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ได้นำกรอบแนวคิด การจำแนกการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความพิการทางกายและภาวะสุขภาพนานาชาติ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) สร้างโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)⁸ ซึ่ง ICF model มักใช้ในการประเมินความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยใช้หลักเชื่อมโยงปัญหาและหาสาเหตุความบกพร่องของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 1) การทำงานของร่างกายและโครงสร้างร่างกาย (Body functional and structures) รวมถึงสุขภาพจิต 2) ด้านกิจกรรม (Activity) 3) การมีส่วนร่วม (Participation) โดยมีสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) มาเกี่ยวข้อง⁸ โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาทางภาวะสุขภาพที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในด้านการทำกิจกรรม (Activity limitation) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำแนวคิด ICF model ในส่วนของการทำกิจกรรมมาศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นถึง



ความสามารถการทำหน้าที่ด้านร่างกายในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากการทำหน้าที่ด้านร่างกายทำให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงและการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุได้ชัดเจนที่สุด และใช้ ICF model ในการคิดสรรปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยจากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ⁹ เพศ¹⁰ ภาวะซึมเศร้า¹¹ การรู้คิด¹² และการสนับสนุนทางสังคม¹³ เมื่อใช้กรอบ ICF model มาร่วมประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายในด้านต่างๆ พบว่า ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายและโครงสร้างร่างกายและภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ การรู้คิดและภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและเพศ ในส่วนของการมีส่วนร่วมพบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับตัวแปรตามในส่วนของการประเมินผลจึงไม่นำมาศึกษา

ทั้งนี้การศึกษาถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายดังกล่าว พบว่า ยังขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการศึกษาที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจนเป็นการศึกษากลุ่มอายุโดยรวมตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทำให้กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองตามความต้องการที่แท้จริง เพราะความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางและวางแผนการพยาบาลร่วมกับการรักษาให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วยและทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรู้คิด กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ภาวะซึมเศร้า และการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคอายุรกรรม หน่วยตรวจโรคศัลยกรรม และหน่วยตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช โดยมีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้



1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike¹⁴ จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 110 คน และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายและการผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 121 คน

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ดังนี้ 1) แบ่งสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ออกเป็น 5 สังกัด ประกอบด้วย สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงศึกษาธิการและสังกัดองค์กรการกุศล 2) สุ่มสังกัดโรงพยาบาล โดยสุ่มมา 2 สังกัด จาก 5 สังกัด ใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Selection without replacement) ได้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดทั้ง 2 สังกัด สุ่มสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี

3. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รพ.} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (121)} \times \text{จำนวนประชากรแต่ละ รพ.}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด (420)}}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศิริราช 66 คน และโรงพยาบาลราชวิถี 55 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบและชนิดแตกที่ได้รับการรักษาจนพ้น Acute stage เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไปภายหลังจากเกิดโรค

2. มีแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก Motor power grade 1- 4 ในด้านที่อ่อนแรง

3. สื่อสารโดยถามและตอบเป็นภาษาไทยได้

4. สมัยใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะวิกฤตระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น อาการชัก หมาดสติ

4. สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 และเก็บข้อมูลจนครบจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาการเกิดโรค

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Arsanok¹⁵ ที่แปลมาจาก The Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) ของ Brandt และ Weinert¹⁶ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ จำนวน 15 ข้อ แปลผลคะแนน ด้านบวก ไม่เห็นด้วยมาก (1)-เห็นด้วยมาก (6) ด้านลบกลับคะแนน การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (1.00-2.66) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (2.67-4.33)



การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (4.34-6.00)

3. แบบประเมินการรู้คิด ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Mini-mental examination-thai version 2002 หรือ MMSE ฉบับภาษาไทย) ที่คณะกรรมการจัดทำแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แปลมาจากแบบประเมิน MMSE ของ Folstein และคณะ¹⁷ ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลาสถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) มีคำถามจำนวน 11 ข้อใหญ่ แต่ละข้อมีข้อคำถามย่อย รวมทั้งหมด 30 ข้อ การแปลคะแนนตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 30 คะแนน แปลผลจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยการทำหน้าที่ด้านรู้คิดบกพร่อง คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) จุดตัด ≤ 14 เรียนระดับประถมศึกษา จุดตัด ≤ 17 เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา จุดตัด ≤ 22

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS) ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยแปลมาจากแบบประเมิน Geriatric depression scale (GDS) ของ Yesavage และคณะ¹⁸ แบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อมาตรประเมินแบบถูกผิด เกณฑ์การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน คะแนนรวม 0-30 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-12 คะแนน) มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) มีความเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน) มีความเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)

5. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง Jitapunkul⁷ แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Barthel index ที่สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel¹⁹

ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำชำระร่างกาย การทำความสะอาดร่างกายในบ้าน และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น คำนวณการช่วยเหลือตนเอง (Intraclass correlation coefficient: ICC เท่ากับ 0.87) และดัชนีการเคลื่อนไหว (ICC เท่ากับ 0.86) แบบสอบถามมีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวม 0-20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ (0-4 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย (5-8 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง (9-12 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ดี (12-20 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.92 และจากนั้นตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา-ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.71 แบบประเมินการรู้คิด เท่ากับ 0.83 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.80 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการเลขที่ 61182 เอกสารเลขที่ 197/2561 ลง ณ วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช



หนังสือเลขที่ COA no. Si 152/2019 ลง ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยติดต่อประสานกับหัวหน้าหน่วยตรวจเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกำหนดวันเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่เก็บข้อมูลการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจอย่างอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามแต่ละส่วนจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ใช้เวลาในการสอบถามกลุ่มตัวอย่างคนละประมาณ 30-45 นาที ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลราชวิถีในวันจันทร์ ถึง พฤหัสบดี เวลา 7.30-13.00 น. เริ่มเก็บข้อมูล 1 ธ.ค. พ.ศ. 2561 และเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราชในวันจันทร์ พุธ พฤหัสบดี และศุกร์ เวลา 7.30-12.00 น. เริ่มเก็บข้อมูล 15 มี.ค. พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การรู้คิดและการทำหน้าที่ด้านร่างกายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการบกพร่องทางการรู้คิดและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 121 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงพอกับเพศชาย (60-61 คน) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62 ($\bar{X} = 68.60$, $SD. = 5.60$) สถานภาพสมรสคู่มีจำนวนมากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการเจ็บป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-6 เดือน จำนวน 63 คน และพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมากที่สุด จำนวน 95 คน

การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกิดโรคหลอดเลือดสมองคะแนนโดยรวมอยู่ในช่วงการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก ($\bar{X} = 16.56$, $SD. = 4.11$) โดยที่การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มากจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลางจำนวน 12 คน ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย จำนวน 8 คน และช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้จำนวน 2 คน ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n=121)

คะแนนการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD.	การทำหน้าที่ด้านร่างกาย
0-4 คะแนน	2	1.70	4.00	.000	การทำกิจกรรมไม่ได้
5-8 คะแนน	8	6.60	7.22	.926	การทำกิจกรรมได้น้อย
9-12 คะแนน	12	9.90	11.00	.853	การทำกิจกรรมได้ปานกลาง
13-20 คะแนน	99	81.80	18.21	2.017	การทำกิจกรรมได้มาก
รวม	121	100	16.56	4.11	การทำกิจกรรมได้มาก

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับ การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-.399	.000	ปานกลาง
การรู้คิด	.348	.000	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	-.337	.000	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.025	.790	ไม่มีความสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จำนวน 65 คน รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลางและน้อยตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุนี้ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือการอาบน้ำ จำนวน 11 คน รองลงมา คือ การเข้าห้องน้ำ การขึ้นบันได และการล้างหน้าตามลำดับ ช่วงอายุ 70-79 ปี กลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มากเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 31 คน รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำนวน 5 คน และช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้จำนวน 2 คน กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุนี้ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือการล้างหน้า จำนวน 11 คน รองลงมา คือ การปัสสาวะ การอาบน้ำ และการควบคุมการถ่ายอุจจาระตามลำดับ ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวน 4 คนช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้

ปานกลางและมาก กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุนี้ต้องการความช่วยเหลือด้านการอาบน้ำ การขึ้นบันได และการควบคุมการถ่ายอุจจาระ

กลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้มีความบกพร่องด้านการรู้คิด โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 63 คน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.43 (SD. = 3.13) และการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจำนวน 58 คน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.33 (SD. = 3.14) กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 86 รองลงมา คือ มีความซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 และพบมีซึมเศร้าปานกลางจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 1.7 ตามลำดับ การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 4.66 (SD. = 0.47) เมื่อพิจารณาจากรายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะหโดย
ใช้ไคสแควร์ (Chi square) (n=121)

	0-4 คะแนน		5-8 คะแนน		9-12 คะแนน		13-20 คะแนน	
	ทำกิจกรรมไม่ได้	ทำกิจกรรมได้น้อย	ทำกิจกรรมได้ปานกลาง	ทำกิจกรรมได้มาก	ทำกิจกรรมได้มาก	ทำกิจกรรมได้มาก	ทำกิจกรรมได้มาก	ทำกิจกรรมได้มาก
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	0	0	8	6.60	4	3.30	48	39.70
หญิง	2	1.70	0	0	8	6.60	51	42.10
รวม	2		8		12		99	

$\chi^2 = 11.41$, Contingency coefficient = 0.294, Asymp. Sig = 0.10, p-value <.05

โดยมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการรับรู้คุณค่าของตนเองมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 5.59 (SD. = 0.50) และมีด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (SD. = 1.03)

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า อายุและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.399$, $-.337$ ตามลำดับ) การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .348$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ค่า Contingency Coefficient = 0.294 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ โดยที่ เพศหญิง มีการทำกิจกรรมได้มาก จำนวน 51 คน ส่วนเพศชาย จำนวน 48 คน มีการทำกิจกรรมได้มาก พบว่า เพศหญิง มีการทำกิจกรรมไม่ได้ จำนวน 2 คน และพบการทำกิจกรรมได้น้อยในเพศชาย จำนวน 8 คน ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก ($\bar{X} = 16.56$, SD. = 4.11) ส่วนใหญ่มีระดับการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมา คือ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.9 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก จากการพิจารณาในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพยายามในการที่จะฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายและใส่ใจในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถามหลายท่านมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายเพื่อให้อาการกลับมามีชีวิตที่ดีขึ้น จะได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการพยายามเริ่มทำกิจวัตรประจำวันเองเท่าที่ทำได้ ซึ่งการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกายได้ดี²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lofgren และคณะ²¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสิ่งที่มุ่งเน้น คือ การให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นหรือพึ่งพาน้อยที่สุด⁴



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดความพิการจากพยาธิสภาพของโรคตามมา ร่วมกับอายุที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นข้อจำกัดในการฟื้นฟูตัวของระบบประสาทและกล้ามเนื้อในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เนื่องจากการงอกของเซลล์ประสาทที่ดีเพื่อทดแทนส่วนที่บาดเจ็บและการเชื่อมต่อลดน้อยลง¹³ แสดงให้เห็นว่าอายุที่มากขึ้นมีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง จากผลการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุระหว่างอายุ 80-89 ปี จะมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Liu และคณะ²² พบว่า อายุเพิ่มขึ้นทุกปีจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำลง Cickusic และคณะ⁹ กล่าวว่า อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยมีผลทางลบกับการทำหน้าที่ทางร่างกาย

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือสูญเสียอวัยวะที่สำคัญไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าทำให้ผู้ป่วยหมดความสนใจในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องคล่องกับการศึกษาของ Matsuzaki และคณะ¹¹ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Ahn และคณะ²³ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อจำเป็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้ที่ภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14 แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้านักกลับมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มาก อธิบายได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึม

เศร้าจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย กลับไม่ส่งผลต่อการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แสดงให้เห็นว่าผู้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ดีจากความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongbaiprasath และคณะ²⁴ ที่ศึกษาประสิทธิภาพการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย คือ การยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและพยายามช่วยตนเองเพื่อลดการพึ่งพาคนในครอบครัว โดยการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและมีการพึ่งพาอย่างเหมาะสมร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในระหว่างเก็บข้อมูลในการทำวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า แม้จะยังมีความเบื่อหน่าย กังวลกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป แต่กลับมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพราะไม่อยากเป็นภาระกับครอบครัว

การรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องของการรู้คิดจากพยาธิสภาพของสมองจากการขาดเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง และยังในวัยผู้สูงอายุที่อวัยวะในร่างกายเริ่มเสื่อมไปตามวัย รวมถึงสมองยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับสูงกว่าประถมศึกษา ไม่มีผู้ที่บกพร่องทางการรู้คิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน สอดคล้องคล่องกับการศึกษาของ Ones และคณะ¹² ที่พบว่า ระดับความรู้คิดที่ดีหรือปกติส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการศึกษาของ Claesson และคณะ²⁵ ที่พบว่า ความบกพร่องทางการรู้คิดจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่แย่งของการทำกิจวัตรประจำวัน



เพศ มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า เพศเป็นปัจจัยบ่งบอกถึงความแตกต่างของสรีระร่างกายของบุคคล บ่งบอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์และทัศนคติต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน มีหลายการศึกษาที่ระบุถึงความแตกต่างระหว่างเพศในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ดังการศึกษาของ Howard¹⁰ ที่พบว่า เพศ มีความแตกต่างกันในความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่า มีปัญหาความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายเมื่อเกิดโรค จากการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชาย มีจำนวนพอๆ กัน การทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับการทำกิจกรรมแยกตามเพศชายและเพศหญิง พบว่ามีเพศหญิง จำนวน 2 คน มีระดับช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ ซึ่งไม่พบการทำกิจกรรมไม่ได้ในเพศชาย สามารถอธิบายได้ว่าเพศชายมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lofgren และคณะ²¹ ที่พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นและเพศชายมีการฟื้นฟูสภาพทางกล้ามเนื้อดีกว่าเพศหญิง

ในการวิจัยนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด แตกต่างจากการศึกษาของ Ishigaki และคณะ²⁶ ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวมีผลทางบวกในการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และ Pongcharoen และคณะ²⁷ พบว่า การไปเยี่ยมผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์หรือมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เข้าไปเยี่ยมดูแลฟื้นฟูสภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ดีขึ้น โดยการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างระหว่างเก็บข้อมูลในการทำวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามจะทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด มีความกระตือรือร้นในการมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลและที่บ้านโดยที่ญาติไม่ต้องโน้มน้าวหรือกระตุ้น เพราะไม่อยากเป็นภาระของลูกหลานและคิดว่าสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและครอบครัวเป็นหลักในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 6-69 ปี (ร้อยละ 62) ซึ่งเป็นกลุ่มช่วงอายุที่ยังแข็งแรงและมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี อาจเป็นสาเหตุทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จากการผลศึกษานี้สรุปได้ว่าปัจจัยด้าน อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้าและการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำปัจจัยเหล่านี้มาประยุกต์กับผู้สูงอายุในด้านการวางแผนให้การพยาบาลและสร้างแบบแผนการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและแม่ในผลการศึกษานี้การสนับสนุนทางสังคมจะไม่มีมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แต่การสนับสนุนทางสังคมก็ยังเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุยังควรที่จะได้รับจากครอบครัวและบุคลากร เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีด้านการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-care) และความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ด้วยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ในการวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยอันดับแรกควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองโดยการทำการกิจวัตรประจำวันอย่างง่ายๆ เท่าที่ผู้ป่วยแต่ละคนทำได้ก่อน เมื่อเริ่มทำได้คล่องก็ให้เพิ่มกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น เป็นการเสริมสร้าง



ความมั่นใจให้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นที่แม้จะมีความพิการแต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นทั้งหมด

2. การปรับกิจกรรมการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมอายุของผู้ป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุที่อายุมากย่อมจะมีการฟื้นฟูร่างกายได้ช้ากว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า ดังนั้น การจัดการวางแผนการพยาบาลในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายควรมีการจัดและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยแต่ละช่วงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความท้อแท้และหมดกำลังใจในการฟื้นฟูร่างกายและทำกิจกรรม นอกจากนั้นควรมีกิจกรรมที่กระตุ้นระบบประสาทและสมองให้ผู้ป่วยได้ฝึกด้วยเพื่อชะลอความเสื่อมที่มีตามวัยและมาจากตัวโรคเพราะการรู้คิดที่ดีก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีของผู้ป่วยด้วย

3. ควรศึกษาการบำบัดทางพยาบาลหรืองานวิจัย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยสูงอายุในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย เช่น การสร้างแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุ หรือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 121 ท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตลอดจนบุคลากรทั้ง 2 โรงพยาบาล ที่ให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

References

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2019 [cited 2017 March 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-1-causes-of-death>.
2. Strategy and Planning Division. Public Health Statistics 2016. Nontaburi: Strategy and Planning Division Ministry of Public Health; 2017.
3. Aekplakorn W. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nontaburi: The Graphico system co. Ltd.; 2014.
4. Pajarya K. Stroke Rehabilitation. Bangkok: Medical Education Technology center Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2007.
5. Mitchell AJ, Sheth B, Gill J, Yadegarfar M, Stubbs B, Yadegarfar M, Meader N. Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. General Hospital Psychiatry 2017; 47: 48-60. Doi. [org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.001](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.001).
6. Tommi S. Functional ability and Health Behaviors Trends and associations among elderly people, 1985-2003. Finland: University of Helsinki; 2005.
7. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001.
8. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health



- Organization; 2001.
9. Cickusic A, Sinanovic O, Zonic-Imamovic M, Kapidzic-Durakovic S. Functional recovery of patients after stroke. *Acta Medica Saliniana* 2011; 40(2): 58-62.
 10. Howard MS. Gender differences in functional abilities among elderly stroke survivors in medicare managed care. Degree doctor of public health of Public Health Morgan state university; 2007.
 11. Matsuzaki S, Hashimoto M, Yuki S, Koyama A, Hirata Y, Ikeda M. The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders* 2015; 176: 56-60. [Doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020).
 12. Ones K, Yalcinkaya EY, Toklu BC, Caglar N. Effects of age, gender, and cognitive, functional and motor status on functional outcomes of stroke rehabilitation. *NeuroRehabilitation* 2009; 25(4): 241-249. [Doi:10.3233/NRE-2009-0521](https://doi.org/10.3233/NRE-2009-0521).
 13. Panjinda W, Choocherd P. Achieving a Holistic Approach in Stroke Rehabilitation. *APHEIT International Journal* 2559; 5(2): 70-78. (In Thai)
 14. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: you and I Intermedia; 2553. (In Thai)
 15. Arsanok A, Jitpanya C, Khaoroptham S. Selected factors related to quality of life in adult patients with brain tumor [Master's Thesis, Nursing Science Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. (In Thai)
 16. Brandt PA, Weinert C. The PRQ-A Social Support Measure. *Nursing Research* 1981; 30(5): 277-80. [Doi.org/10.1097/00006199-198109000-00007](https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00007).
 17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12(3): 189-98.
 18. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1982; 17(1): 37-49.
 19. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state medical journal* 1965; 14: 61-5.
 20. Masskulpan P. Related Factors to Functional Outcome among Stroke Rehabilitation 2006; 31(2): 97-103. (In Thai)
 21. Lofgren B, Nyberg L, Osterlind PO, Gustafson Y. In-patient rehabilitation after stroke: outcome and factors associated with improvement. *Disability and rehabilitation* 1998; 20(2): 55-61.
 22. Liu X, Lv Y, Wang B, Zhao G, Yan Y and Xu D. Prediction of functional outcome of ischemic stroke patients in northwest China. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2007; 109(7): 571-7.
 23. Ahn DH, Lee YJ, Jeong JH, Kim YR, Park JB. The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver Type as a Factor of Post-Stroke Depression. *Annals of Rehabilitation Medicine* 2015; 39(1): 74-80. [Doi.org/10.5535/arm.2015.39.1.74](https://doi.org/10.5535/arm.2015.39.1.74)
 24. Thongbaiprasath W, Wannapornsiri C, Suntayakorn C, Siripornpibul T. Experiences on Illness



- Adaptation among the Cerebrovascular Disease Patients Living in Tombon Santo, Khanuwaralaksaburi District, Kamphangphet Province. *Journal of Nursing Science Naresuan University* 2007; 1(1): 72-84. (In Thai)
25. Claesson L, Lindén T, Skoog I, Blomstrand C. Cognitive Impairment after Stroke- Impact on Activities of Daily Living and Costs of Care for Elderly People. *Cerebrovascular Diseases* 2005; 19(2): 102-9.
26. Ishigaki T, Izumi, M, Tanaka H, Ogawa T, Matsunami S, Miyao K, et al. Impacts of family support on the rehabilitation outcome of stroke inpatients at rehabilitation hospitals in Japan—a multi-center study. *Physiotherapy* 2015; 101(Suppl 1): 647-8. Doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.3480.
27. Pongcharoen C, Luk-in C, Siratirakul, L. The effects of village health volunteers' participation to home health care model on quality of life in stroke patients. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2016; 26(1):149-60. (In Thai)



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปรับปรุง ธันวาคม 2561)

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิชาการทางการแพทย์ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผลงานที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับตามเกณฑ์ของวารสาร กรณีที่บทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้แต่งจะต้องเป็นสมาชิกของวารสารฯ 2 ปี

ชนิดของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ (article) ทางพยาบาล
2. บทความวิจัย (research article) ทางพยาบาล
3. บทความปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับ

1. องค์ประกอบของบทความมีดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนทุกคน เป็นภาษาไทย พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และให้ระบุหน่วยงานของผู้แต่งชื่อแรกไว้ได้ชื่อผู้เขียน โดยให้ระบุตำแหน่งงานไว้เป็นเชิงอรรถด้านล่าง (ดูตัวอย่างภายในเล่ม)
 - 1.3 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 250 คำ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย แบบแผนงานวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และข้อสรุป
 - 1.4 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่งทุกคน Purpose, Design, Methods (sample, instrument, data collection and statistical analysis), Results, Conclusion ทั้งนี้ให้ระบุหน่วยงานและที่อยู่ของผู้แต่งทุกคน พร้อมระบุ corresponding author และ email
 - 1.5 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละ 3-5 คำสำคัญและทำเครื่องหมาย / ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.6 เนื้อเรื่องบทความประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับ ดังนี้ และเพิ่มเติมรายละเอียดต่อไปนี้

- **บทนำ** ระบุถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยโดยย่อ ระบุกรอบแนวคิด (ความเรียง/แผนภาพ) และระบุวัตถุประสงค์การวิจัย

- **วิธีดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วยหัวข้อและการอธิบายถึง แบบแผนงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

- **ผลการวิจัย** เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน เสนอในรูปแบบตารางหรือแผนภูมิเมื่อจำเป็น

- **อภิปรายผล** อธิบายถึงเหตุผลของผลการวิจัยที่พบ (ทั้งที่เป็นและไม่เป็นตามสมมติฐานการวิจัย) โดยกล่าวอ้างถึงแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นำผลงานวิจัยของผู้อื่น มาสนับสนุนผลการวิจัยอย่างเหมาะสม สอดคล้อง

- **ข้อเสนอแนะ** ในการนำผลการวิจัยไปใช้ และประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป

- **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) ระบุผู้ให้ทุนและผู้ที่ต้องการแสดงความขอบคุณ สันกระชับและได้ใจความ

- **Reference** ใช้ระบบ Vancouver ครบถ้วนตามทันสมัย ไม่ควรเกิน 18 รายการ

การจัดพิมพ์

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows แบบอักษรใช้ Cordia New ขนาดตัวอักษร 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวน 7-13 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง) และควรเว้นห่างจากขอบกระดาษ ข้างละ 1 นิ้ว บน-ล่าง 1 นิ้ว และใส่หมายเลขหน้าทุกหน้า

2. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดต้องพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน

3. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ ควรใช้เลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษตัวอย่างเช่น (World Health Organization) เป็นต้น



การเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารตั้งแต่ปีที่ 31 เป็นต้นไป ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ทั้งนี้การอ้างอิงในเนื้อหาบทความมีหลักการอ้างอิงคือ เมื่อนำผลงานมาอ้างอิงให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความ เรียงลำดับ 1,2,3..... โดยให้ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความเป็นตัวเลขยกขึ้น แล้วรวบรวมเป็น Reference ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

ผู้แต่งสามารถศึกษารายละเอียดการเขียนรายการอ้างอิงจาก Website: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf> หรือ สามารถดูตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงแบบ Vancouver โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล online อื่นๆ

รายการอ้างอิงทุกรายการต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อเรื่องและใน Reference และรายการอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง แล้วต่อท้ายด้วยว่า [In Thai]

การส่งบทความและกระบวนการพิจารณาตอบรับบทความ

1. ผู้แต่ง (Author) สามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบอิเล็กทรอนิกส์วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <https://www.tcithaijo.org/index.php/CUNS>

2. ผู้แต่งต้องจัดทำต้นฉบับบทความที่มี Template บทความถูกต้อง ได้แก่ องค์ประกอบบทความ รายการอ้างอิง หากไม่ถูกต้องกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบและแก้ไขจนกว่าจะถูกต้องสมบูรณ์

3. กองบรรณาธิการจะส่งบทความที่มี Template ถูกต้องสมบูรณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ซึ่งจะใช้เวลาการพิจารณาประมาณ 4 สัปดาห์ จากนั้นจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบ

4. บทความที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์จะต้องจ่ายค่าตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ตามที่วารสารพยาบาลศาสตร์กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนิย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : อีระพงษ์ ยุพาทัง

✉ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

☎ โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130

Email address: jnsclu@chula.ac.th



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบสมัคร สมาชิการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)

☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน

โทรศัพท์ email.....

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)

มีความประสงค์จะ ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก

☐ ค่าสมาชิก 1 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

☐ ไม่ต้องการรับเล่มวารสาร โดยสมาชิกสามารถอ่าน และ Download

วารสารฉบับ ON LINE ผ่าน www.tci-thaijo.org

☐ ต้องการรับเล่มวารสาร 1 ปี (3 เล่ม) 1,100 บาท (หนึ่งพันหนึ่งร้อยบาทถ้วนรวมค่าจัดส่ง)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท

(หมายเหตุ: ท่านสามารถสมัครสมาชิกได้มากกว่า 1 ปี พร้อมทั้งรับเล่มวารสารได้)

และได้ชำระเงินค่าสมาชิกเป็น ☐ เงินสด ☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์ เลขที่ 152-068468-7 (โปรดส่งสำเนาการโอนเงิน แนบพร้อมกับใบสมัครมาที่กองบรรณาธิการ)

จำนวนเงิน บาท (.....)

(ตัวอักษร)

(.....)

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่ เดือน พ.ศ.



กองบรรณาธิการวารสาร พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : ธีระพงษ์ ยุกาถึง

โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130 Email address: jnsu@chula.ac.th

Download คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับและใบสมัครสมาชิกฯ ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/CUNS>

