



วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

JNSCU

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University

ISBN 0858-1231

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2566

Vol 35 No.1 January-April 2023

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วารสารพยาบาลศาสตร์

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ
ในสาขาพยาบาลศาสตร์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน
Journal of Nursing Science Chulalongkorn University
is a peer-reviewed journal, published academic papers
in nursing science.

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อเสนอวิทยาการก้าวหน้าทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 2. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่งานวิจัยที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล
 3. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 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 35 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2566

ที่ปรึกษา (Editorial advisor)

ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต (Prof. Dr. Ratsiri Thato)

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดิ์ (Assoc.Maj. Gen. Dr. Saisamorn Chaleoykitti)

บรรณาธิการ (Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล (Assist. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanat Nunthaitaweekul)

กองบรรณาธิการ (Editorial board)

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทากานนท์ (Prof. Dr. Pranorm Otaganon)

ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์ (Prof. Dr. Veena Jirapaet)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียกมล รัชกุล

(Assist. Prof. Dr. Pregamol Rutchanagul)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กริทอง

(Assist. Prof. Dr. Puangpaka Kreethong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทกานต์ กาญจนเวทังค์

(Assist. Prof. Dr. Jantakarn Kanjanawetang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศัลยา ศิริภัทรากูร์ แสนหลวง

(Assist. Prof. Dr. Cattaliya Siripattarakul Sanluang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา อุรัตนเมธี

(Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.สุฤดี รัชตฤกษ์กุล

(Assist. Prof. Pol.Col. Dr. Sookruadee Thutsaringkarnsakul)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาโสภณ

(Assist. Prof. Dr.Thanakorn Panyasaisophon)

Dr. Virya Koy

Dr. Maneewan S. Seay Florida (Part time)

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์

(Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

(Assist. Prof. Dr. Pennapa Dangdomyouth)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์

(Assist. Prof. Dr. Sunida Preechawong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง

(Assist. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring)

นายรัชกฤศ ยูพากิ่ง

(Mr. Ratchakris Yupaking)

ผู้จัดการ (Manager)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล

(Assist. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanat Nunthaitaweekul)

เลขานุการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง

(Assist. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring)

กองจัดการ

นายรัชกฤศ ยูพากิ่ง (Mr. Ratchakris Yupaking)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารฯ เป็นวาระกรรมของผู้นเขียน 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 35 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2566

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า Contents

page

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อน
วัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

จิรา ขอบคุณ

วารีวรรณ ศิริวานิชย์

พรพรรณ พุ่มประยูร

1 Factors Predicting Premature Pregnancy
Prevention Behavior of High School Female
Students in a school in Pathum Thani
Province

Jira Khobkun

Wareewan Siriwanij

Pornpan Pumprayool

การเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลศิริราช: การศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาค
ตัดขวาง

ฉันทนา เคหะ

อุษณีย์ ฟองศรี

สุรศักดิ์ มุลศรีสุข

หรรษา พิมพ์พิพัฒน์

กัญชลิกา เสถียรวิจิตร

13 Emergency department visits for non-urgent
patients in Siriraj Hospital: Cross-sectional
descriptive study.

Chantana Keha

Usanee Fongsri

Surasak Mulrsisuk

Hunsa Pimpiput

Kanchalika Sathianvichitr

ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

ปวีณา พงษ์พินนา

นพมาศ พัดทอง

สุรีพร ธนศิลป์

24 The Effect Of Buddhist Care Program On
Health-Related Quality Of Life In Patients
With Advanced Cholangiocarcinoma

Paweena Pongpunna

Noppamat Pudtong

Sureeporn Thanasilp

ผลของการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account
ต่อความรู้ในการเตรียมตัวคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน

จิรัญญา พวงแก้ว

จีระพร เพ็งสว่าง

เจนจิราพร วจนะศิริ

ธัชชา ภูพานี

39 The Effect of Childbirth Preparation through
the Line Official Account on the Knowledge
of Childbirth Preparation among First-time
Pregnant Women.

Panyupa Naosrisorn

Jiranya Phuangkaew

Jeeraphon Pengsawang

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2566

ปานฤดี แสงราม

ผกามาศ จักรคำ

ภาณุมาศ ศรีทองแท้

เยาวเรศ อาทิตยตั้ง

วิโรจน์ บุตรแก้ว

Jenjiraporn Wajanasiri

Thanutchar Phoopanee

Panrudee Saengram

Pakamas Chakkhham

Panumas sritongtae

Yaowaret Artittung

Wirote Butkaew

ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019

ชนินาถ ชำนาญดี

จิราพร เกศพิชญวัฒนา

51 Illness Experiences Of Older Persons Infected
By Coronavirus 2019

Chaninat Chamnandee

Jiraporn Kespichayawattana

ผลของโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชัน
ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกวิไลไทยต่อความ
วิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วันทนีย์ งามวงศ์

สุรีพร ธนศิลป์

65 The Effect of Informational Support via Line
Application Program Combined with Thai
Style Qigong Practice on Preoperative Anxiety
in Breast Cancer Patients

Wantanee Ngamwong

Sureeporn Thanasilp

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อ
อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภท

สุภัทสรวิศา สิมมา

สุดาพร สถิตยุดการ

จินตนา ยูนิพันธุ์

78 The Effect of Group Supportive Psychotherapy
Program on Depressive Symptoms in Priests
with Schizophrenia

Supatsara Simma

Sudaporn Stithyudhakarn

Jintana Yunibhand

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566 บทความวิชาการและบทความวิจัยได้รับการพิจารณากลั่นกรองบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (doble blinded)

ปัจจุบันวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สามารถส่งบทความวิชาการ (article) รายงานการวิจัย (research article) บทความงานสร้างสรรค์ (creative article) บทความปริทัศน์ (review article) บทความการวิเคราะห์อภิปราย (metanalysis article) บทความพิเศษ (special article) เพื่อตีพิมพ์ โปรดส่งผ่านระบบวารสาร online ของ Thaijo และ Scholae one และสามารถสอบถามรายละเอียดการส่งบทความได้ที่กองจัดการวารสาร โทร 02-218-1129, email: juscua@chula.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาพิจารณากลั่นกรอง ให้ข้อเสนอแนะบทความเพื่อให้มีผลงานที่มีคุณภาพ เป็นแหล่งองค์ความรู้ และเชื่อมโยงการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลก อย่างยั่งยืนต่อไป

ผศ.ร.ต.ต. หญิง ดร. ปาณัญญา นันไทยวิกุล
บรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี

จิรา ขอบคุณ* วาริวรรณ ศิริวานิชย์** และ พรพรรณ พุ่มประยูร**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต วิทยาเขตปทุมธานี สามโคก จังหวัดปทุมธานี 12160

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 6 ด้าน และ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 16.86 ปี ($SD = 0.97$) มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอยู่ในระดับดีมาก ($SD = 5.95$) ผลการวิจัยพบว่า มีเพียงตัวแปรเพียงด้านเดียวที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

สรุป: ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์เพื่อการพัฒนาศักยภาพของวัยรุ่นในให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย/ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์/ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร



FACTORS PREDICTING PREMATURE PREGNANCY PREVENTION BEHAVIOR OF HIGH SCHOOL FEMALE STUDENTS IN A SCHOOL IN PATHUM THANI PROVINCE

Jira Khobkun* Wareewan Siriwanij** Pornpan Pumprayool**

Abstract

Purpose: To determine the predictive factors for the premature pregnancy prevention behavior in high school female students in a school.

Design: Predictive Study

Methods: The sample consisted of 120 high school female students aged between 15-19 years old. The research instruments were a general information questionnaire, the premature pregnancy prevention literacy questionnaire which consisted of six aspects, and the premature pregnancy prevention behavior questionnaire from Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Results: The average age of the sample was 16.86 years old ($SD = 0.97$). Their premature pregnancy prevention behavior was at a very good level ($\bar{X} = 65.18$, $SD = 5.95$). The results showed that only one variable, making the right decision, can significantly predict premature pregnancy prevention behavior ($p < .05$).

Conclusion: The research results provide useful information for preparing the potential of adolescents to have sufficient health literacy to make right decision in order to prevent premature pregnancy effectively.

Keywords: Predictive Factors/ Pregnancy Prevention Behavior/ Premature Pregnancy



บทนำ

การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย^{1,2} วัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่มีความพร้อมที่จะตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายหรือจิตใจ มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่จะดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก³ และยังพบว่าในระยะ 10 ปี ที่ผ่านม้อัตราการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น^{2,4} จากรายงานสถิติสาธารณสุขไทยประจำปี พบว่าอัตราการคลอดของมารดาอายุ 15-19 ปี ณ ปี พ.ศ.2543 เท่ากับ 31.1 ต่อประชากร 1,000 คน และเพิ่มสูงสุดถึง 53.8 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ.2555⁴ หลังจากนั้นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง⁴ แต่ยังมีอัตราที่สูงอยู่โดยปี พ.ศ. 2562 และ 2563 พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 31.3 และ 28.7 ต่อพันคนตามลำดับ⁵ การตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาวัยรุ่นทำให้เกิดปัญหาหลายประการ ได้แก่ ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ฝ่ายชายหรือสามีไม่รับผิดชอบ ครอบครัวไม่ยอมรับ ต้องหยุดพักการเรียน ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ทำแท้ง⁶ ส่วนในระยะคลอดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในมารดาและทารก เช่น ผลต่อมารดา จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดก่อนคลอดและหลังคลอด ผลต่อทารกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และเพิ่มความเสี่ยงทารกเสียชีวิตหลังคลอดภายใน 7 วัน เป็นต้น^{4,7-8} ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยภายใน เช่น การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง การไม่ได้ตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ ขาดความตระหนักในการคุมกำเนิด และต้องการพึ่งพิงสามีด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว การได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและญาติ การไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดในช่วงเวลาที่เหมาะสม⁶ การแก้ไขและการจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้มีข้อเสนอให้สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่วัยรุ่น รวมถึงการจัดระบบ

บริการที่เชื่อมโยงระหว่างสุขภาพ การศึกษา และสังคม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 จึงกำหนดให้ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในการจัดการเรียนการสอน⁹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลและสังคมเพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยวัดจาก 6 องค์ประกอบ ที่สะท้อนจากคุณลักษณะและพฤติกรรม ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากการศึกษาของ Hauma⁹ พบว่าระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก และมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอยู่ในระดับดีถึงดีมากเช่นกัน⁹

จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แต่เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาว่าปัจจัยทั้ง 6 ตัวแปรนั้น มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้ง



ครรภ์ก่อนวัยอันควรในระดับใด ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษา มาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมศักยภาพของวัยรุ่นให้มีความรอบรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างมีประสิทธิภาพและมี

พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่ต่อไป โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัยไว้ ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 6 ด้าน

1. ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

3. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

พฤติกรรมป้องกัน
การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

ภาพที่ 1 แผนภูมิกรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Study) ประชากร คือ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 982 คน กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลบ้านจั่น อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 120 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ 1) เป็นนักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ระบบในโรงเรียน 2) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย 3) สามารถตอบแบบสอบถามการวิจัยโดยวิธีการสแกน QR Code และ 4) บิดา มารดา หรือ ผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย ของกลุ่มตัวอย่าง ยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมมือในการวิจัย

ในส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างกำลังตอบแบบสอบถามรู้สึกไม่สบายใจในข้อคำถามและต้องการหยุดตอบแบบสอบถามการวิจัย



กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง ที่ Power = .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 เหมาะสมกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่มีตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน¹¹ และเพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ และลดความคลาดเคลื่อน ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย ซึ่งเท่ากับ 19.4 ดังนั้น เมื่อปรับเป็นจำนวนเต็ม ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 120 คน การสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยนํารายชื่อของนักเรียนหญิงทุกคนในชั้น ม.4 - ม.6 จำนวน 982 คน จัดเรียงตามเลขที่แล้วจึงสุ่มจากบัญชีรายชื่อด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ให้ได้ จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ โดยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนอีกแห่งหนึ่ง อำเภอมือ จังหวัดปทุมธานี ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ก่อนนำมาใช้ในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำที่เสี่ยงต่อภัยอันตรายทางสังคม และข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เจ็บปวด จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 8 คะแนน แปลผลระดับความรู้ความเข้าใจจากช่วงคะแนน คะแนนน้อยกว่า 4.80 คะแนน หมายถึง ไม่ถูกต้อง ช่วงคะแนน 4.80 - 6.39 คะแนน หมายถึง ถูกต้องบ้าง และช่วงคะแนน 6.40 - 8 คะแนน หมายถึง ถูกต้องที่สุด วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.59

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีทั้งข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ คะแนนเต็ม 25 คะแนน แปลผลระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการ โดยคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน หมายถึง ไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 15-19.99 คะแนน หมายถึง พอใช้ได้ และช่วงคะแนน 20-25 คะแนน หมายถึง ดีมาก วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีทั้งข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ คะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลผลระดับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ในช่วงคะแนน 1- 30 คะแนน โดยคะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง ไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 18 -23.99 คะแนน หมายถึง พอใช้ได้ และช่วงคะแนน 24-30 คะแนน หมายถึง ดีมาก วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98

ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเฉพาะข้อคำถามด้านบวก คะแนนเต็ม 25 คะแนน แปลผลระดับการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง โดยคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน หมายถึง ไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 15-19.99 คะแนน หมายถึง



พอใช้ได้ และช่วงคะแนน 20-25 คะแนน หมายถึง ตีมาก วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเฉพาะข้อคำถามด้านบวก คะแนนเต็ม 25 คะแนน แปลผลระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ โดยคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน หมายถึง ไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 15-19.99 คะแนน หมายถึง พอใช้ได้ และช่วงคะแนน 20-25 คะแนน หมายถึง ตีมาก วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.95

ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 9 ข้อๆ ละ 4 คะแนน คะแนนเต็ม 36 คะแนน ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้คะแนนความถูกต้อง 4 ระดับ แปลผลระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยคะแนนน้อยกว่า 21.60 คะแนน หมายถึง ไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 21.60 - 28.79 คะแนน หมายถึง พอใช้ได้ และช่วงคะแนน 28.80 - 36.00 คะแนน หมายถึง ตีมาก วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครมก่อนวัยอันควร จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีทั้งข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ คะแนนเต็ม 75 คะแนน แปลผลระดับพฤติกรรม โดยคะแนนน้อยกว่า 45 คะแนน หมายถึง ไม่ดีพอ ช่วงคะแนน 45 - 59.99 คะแนน หมายถึง พอใช้ได้ และช่วงคะแนน 60-75 คะแนน หมายถึง ตีมาก วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต หมายเลขรับรอง RBAC-EC-NUS-1-004/64 ผู้วิจัย ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย การแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอชื่อและข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลกับผู้วิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2565 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัย ทีมผู้วิจัยประสานงานไปยังผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อติดต่อขอเก็บข้อมูล

2. ทีมผู้วิจัยพบครูประจำชั้นเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลเนื่องจากเป็นช่วงแพร่ระบาดโรคโควิด-19 บางช่วงเวลา โรงเรียนทำการเรียนการสอนแบบ ออนไลน์ และบางช่วงเวลาผู้ปกครองต้องกักตัว

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง บางช่วงอาจพบที่บ้าน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่าง และอธิบายการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง รวมถึงขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมใบลงนามของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง นำส่งกลับคืนผู้วิจัย โดยทีมผู้วิจัยมารับกลับคืนด้วยตนเอง

4. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ และผู้ปกครองลงนามยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR Code เพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ Statistical package for the social science (SPSS) for Windows โดยใช้สถิติวิเคราะห์ต่อไปนี้



1. วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 6 ด้าน และโดยรวม รวมถึงระดับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และเลือกสถิติวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับการตรวจสอบเงื่อนไข (assumptions) ก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 120 คน มีอายุระหว่าง 15-19 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.86 ปี ($SD = 0.97$) กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 จำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 33.3, 34.2 และ 32.5 ตามลำดับ ผลการเรียนรู้ล่าสุด ร้อยละ 57.5 อยู่ในระดับดี และ ร้อยละ 46.7 มีความรู้สึกเฉยๆ กับผลการเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.8 พักอาศัยอยู่กับบิดา-มารดา และส่วนใหญ่ร้อยละ 75 คิดว่าผู้ปกครองเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดในชีวิต ในด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ปกครอง ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรส แต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน และร้อยละ 34.2 มีสถานภาพ หย่า/แยกกันอยู่ ผู้ปกครอง ร้อยละ 34.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ปกครอง (ร้อยละ 48.3) มีรายได้พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บพอสมควร ผู้ปกครองร้อยละ 41.7 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และ ร้อยละ 21.7 มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 40.8 มีความสัมพันธ์แบบดีบ้างไม่ดีบ้างมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 37.5 มีความสัมพันธ์รักใคร่กันดี นอกจากนี้พบว่าร้อยละ

52.5 ไม่มีบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 21 ปี ด้านความพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 45.8 มีความรู้สึกเฉยๆกับชีวิตความเป็นอยู่ รองลงมา ร้อยละ 33.3 มีความพึงพอใจมาก

ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำที่เสี่ยงต่อภัยอันตรายทางสังคม พบว่า ประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 67.5) ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมา ร้อยละ 62.5 ไม่เคยติดเกมส์ ร้อยละ 60 ไม่เคยขาดเรียน บ่อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.2 ไม่เคยเที่ยวหรือทำงานกลางคืนหรือกลับบ้านดึกเกิน 4 ทุ่ม ร้อยละ 98.3 ไม่เคยสูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด ร้อยละ 80 ไม่เคยติดการบริโภคสินค้าและบริการที่ราคาแพงมีเยื่อหุ้ม ร้อยละ 98.3 ไม่เคยมีเพื่อนชายที่พ้ออาศัยอยู่ด้วยกันสองต่อสอง ร้อยละ 98.3 ไม่เคยหนีออกจากบ้าน และส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.5 ไม่เคยอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนหรือคนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรพบว่าอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง ร้อยละ 67.5 ยังเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ดีพอ ประมาณร้อยละ 70 มีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ ประมาณครึ่งหนึ่งจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดีพอ เช่นเดียวกับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศยังไม่ดีพอ แต่ประมาณสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรนั้นอยู่ในระดับดีมาก และเมื่อพิจารณาในระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยรวมทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยรวมอยู่ในระดับเพียงพอ ดังตาราง 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทั้งโดยรวมและรายด้าน (n = 120)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	< 4.80	ไม่ถูกต้อง	21	17.5
	4.80-6.39	ถูกต้องบ้าง	57	47.5
	6.40-8.00	ถูกต้องที่สุด	42	35.0
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	< 15	ไม่ดีพอ	81	67.5
	15.00-19.99	พอใช้ได้	35	29.2
	20-25	ดีมาก	4	3.3
3. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	< 18	ไม่ดีพอ	88	73.3
	18-23.99	พอใช้ได้	31	25.8
	24-30	ดีมาก	1	0.8
4. การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง	< 15	ไม่ดีพอ	61	50.8
	15-19.99	พอใช้ได้	33	27.5
	20-25	ดีมาก	26	21.7
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	< 15	ไม่ดีพอ	82	68.3
	15-19.99	พอใช้ได้	27	22.5
	20-25	ดีมาก	11	9.2
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	< 21.60	ไม่ดีพอ	2	1.7
	21.60-28.79	พอใช้ได้	27	22.5
	28.80-36.00	ดีมาก	91	75.8
ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยรวม	< 9.40	ไม่เพียงพอ	58	48.3
	89.40-119.19	เพียงพอ	60	50.0
	119.20-149.00	ดีมาก	2	1.7



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร วัยอันควร อยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.18 (SD = 5.95)
จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.5 มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (n = 120)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ¹¹	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ ไม่ดีพอ	< 45.00	2	1.7
ระดับ พอใช้ได้	45.00-59.99	7	5.8
ระดับ ดีมาก	60.00-75.00	111	92.5
(X̄ = 65.18, SD = 5.95)			

4. การวิเคราะห์อำนาจทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

การตรวจสอบเงื่อนไขก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าข้อมูล มีการแจกแจงแบบปกติ เป็นอิสระต่อกันและไม่เกิด Autocorrelation ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.521 ไม่มี Outliers, Linear relationship และไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรทำนาย โดยตัวทำนายมีค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) เท่ากับ 0.263 จึงเป็นไปตามข้อตกลง เมื่อวิเคราะห์อำนาจทำนายด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามีเพียง 1 ตัวแปรที่เป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือตัวแปรด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีค่าอำนาจการทำนายร้อยละ 26.3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (n = 120)

ตัวแปร	β	Std.Error	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	52.654	4.253		12.381	<0.001
1.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	-0.101	0.363	-0.030	-0.278	0.887
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.124	0.258	0.066	0.491	0.877
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	-0.257	0.278	-0.114	-0.926	0.560
4.การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	0.025	0.119	0.026	0.213	0.946
5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.019	0.140	0.016	0.133	0.900
6.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.405	0.166	0.263	2.628	0.004*

Multiple R = 0.263^a, R² = 0.069, Adjusted R² = 0.062, Std.Error = 5.76297, D.W = 1.521



อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรด้านที่ 2-5 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการ¹⁰ ที่ระบุว่าวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปัจจัยที่ 2-5 ในระดับไม่ดีพอเช่นกัน ในการวิจัยนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมี ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในระดับถูกต้องบ้าง ในขณะที่มีรายงานว่าสตรีวัยรุ่นไทยมีความรู้ในเรื่องนี้ยังไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 29.2 ซึ่งมากกว่า ในอดีตที่วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลในระดับพอใช้ได้เพียงร้อยละ 0.1 เท่านั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า สามในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 75.8) มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก แตกต่างจากในอดีต¹⁰ ซึ่งมีรายงานว่า มีสตรีไทยวัยรุ่นเพียงร้อยละ 31.7 เท่านั้น ที่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับดีมาก และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับไม่ดีพอ

ทว่า ในการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในระดับดีมาก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีปัจจัยใน 5 ด้านแรกได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับพอใช้ขึ้นไปสูงได้แก่ ร้อยละ 82.5, 32.5, 26.6, 49.2 และ 31.7 ตามลำดับ และครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมในระดับที่เพียงพอ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในอดีต¹⁰ พบว่าปัจจัยใน 5 ด้านแรกอยู่ในระดับพอใช้ขึ้นไปเพียงร้อยละ 2.4, 0.1, 0, 16 และ 24.7 ตามลำดับ และส่วนใหญ่

มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมในระดับที่ไม่ดีพอ¹⁰ ทำให้ผลการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องและมีระดับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระดับดีมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี มีเพียงปัจจัยเดียวคือ ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีค่าอำนาจการทำนายร้อยละ 26.3 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่ติดตามไปด้วย ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในระดับดีมาก ได้แก่ ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสารมึนเมา ไม่เคยเที่ยวหรือทำงานกลางคืนหรือกลับบ้านดึก ไม่เคยสูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด ไม่เคยขาดเรียนบ่อยๆ ไม่เคยมีเพื่อนชายที่พัวพันอยู่ด้วยกันสองต่อสอง ไม่เคยหนีออกจากบ้าน และส่วนใหญ่ไม่เคยอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนหรือคนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาโดย Bonkuea¹² ซึ่งพบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่นการคบเพื่อนชาย การอยู่กันตามลำพังในที่ลับตา การพักอยู่หอพักตามลำพัง การอยากมีแฟนเหมือนเพื่อน การอยากลองมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการดูสิ่งยั่วจากสื่อออนไลน์¹² จะเห็นได้ว่าหากวัยรุ่นเลือกปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจะไม่เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในส่วนปัจจัยด้านที่ 1-5 ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงด้านเดียวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้น



มัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกัน มีการศึกษาในอดีต¹⁰ พบว่าผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล ระหว่างองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้รับอิทธิพลสำคัญจากสามเส้นทางหลัก กล่าวคือเส้นทางที่ 1 เริ่มต้นจากการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผ่านมายังการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เส้นทางที่ 2 เริ่มจากการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผ่านมายังการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมายังพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ และเส้นทางที่ 3 เริ่มจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการส่งตรงมายังพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร¹⁰

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีค่าความเที่ยงค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากพื้นฐานความรู้ความเข้าใจของแต่ละคน คำถามมีความยากง่ายแตกต่างกัน รวมถึงบริบทของโรงเรียน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปออกแบบกิจกรรม หรือ เผยแพร่ให้บุคลากรด้านการศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งควรเป็นกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

2. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ สังคม นวัตกรรม สื่อเทคโนโลยี ด้านการพัฒนาทักษะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่สามารถเผยแพร่ให้วัยรุ่นเข้าถึงได้ง่ายและเผยแพร่ได้อย่างกว้างขวาง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ ทูสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต ผู้อำนวยการ ครูประจำชั้น และนักเรียน โรงเรียนในอำเภอสามโคก และอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี รวมถึงอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยของคณะฯ และผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

Reference

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. [Internet]. 2019. [cited 2022 Sept 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329883/WHO-RHR-19.15-eng.pdf>
2. UNICEF Thailand. Situation analysis of Adolescent pregnancy in Thailand Synthesis Report Analysis. [Internet]. 2015. [cited 2021 Jun 30]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/1126/file/Situation%20Analysis%20of%20Adolescent%20Pregnancy%20in%20Thailand.pdf>
3. Techain M, Siri wattanapa P. Adolescent Pregnancy. [Internet]. 2012. [cited 2021 Jun 30]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/2229/> (in Thai)
4. Saejeng K, Sukrat B, Kovavisarat E, Promprapat S and Kanchanawejang C, editors. Handbook of Practice Guidelines for Caring for Adolescent Mothers [Internet]. 2015. [cited 2021 Jun 30]. Available from: <http://main.bangkokideaeasy.com/file/articlecenter/file1379.pdf> (in Thai)



5. Reproductive Health Office, Department of Health, Ministry of Public Health. Annual Report 2021 Bureau of Reproductive Health [Internet]. 2021. [cited 2022 Jun 30]. Available from: [https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download/?did=207441&id=82926&reload=\(in Thai\)](https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download/?did=207441&id=82926&reload=(in Thai))
6. Marangsee S. Risk Factors and Guidelines for Prevention of Repeated Teenage Pregnancy. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2018; 26: 84-9. (in Thai)
7. Phimolthares V. The incidence and complications of teenage pregnancy in Nongyai Hospital Chonburi Province. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2012; 29: 301-11. (in Thai)
8. Indarti J, Al Fattah AN, Dewi Z, Hasani RDK, Mahdi FAN, Surya R. Teenage Pregnancy: Obstetric and Perinatal Outcome in a Tertiary Centre in Indonesia. Obstet Gynecol Int. 2020 Mar 26;2020:2787602. PMID: 32273894.
9. Hauma N. Health literacy on unwanted pregnancy prevention for female Students in the Faculty of Education, Yala Rajabhat University. [Internet]. 2018. [cited 2020 Jun 5]. Available from: <http://wb.yru.ac.th/xmlui/handle/yrui/5051> (in Thai)
10. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University. A health literacy assessment guide to preventing premature pregnancy for Thai women adolescents aged 15-21 years. [Internet]. 2014. [cited 2021 Jun 30]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/362> (in Thai)
11. Cohen, J. A power primer. Psychological Bulletin 1992;112(1): 155–59. DOI: 10.1037//0033-2909.112.1.155
12. Bonkuea P. A study of unwanted teenage pregnancies in Pathiu District Chumphon Province. Journal of Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2017;5: 195-216. (in Thai)



บทความวิจัย

การเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช: การศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง

ฉันทนา เคหะ*, อุษณีย์ ฟองศรี**, สุรศักดิ์ มุลศรีสุข***, ھرรษา พิมพ์พัฒน์****, กัญชลิกา เสถียรวิจิตร*****
หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 800 รายเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามสาเหตุที่มาเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน และ 3) แบบสอบถามปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบของเยตส์ หรือสถิติฟิชเชอร์

ผลการวิจัย: สาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ ร้อยละ 45.5 ผู้ป่วยไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 21.7 และผู้ป่วยไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ ร้อยละ 15.2 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป พบว่า การรับรู้ขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 6.11, p < .05$)

สรุป: ผู้ป่วยที่รู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ และผู้ป่วยที่ไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน เป็นกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการมากที่สุด และการรับรู้ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป ดังนั้น ควรมีการแนะนำขั้นตอนให้บริการหรือการนัดหมายของหน่วยตรวจเฉพาะทาง การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เพื่อช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน/ การให้บริการห้องฉุกเฉิน/ การคัดกรองผู้ป่วย

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2566, 35(1) : 13-23

* หัวหน้า หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: surasak.mol@mahidol.ac.th

**** พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

***** แพทย์ประจำบ้าน หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



EMERGENCY DEPARTMENT VISITS FOR NON-URGENT PATIENTS IN SIRIRAJ HOSPITAL: CROSS-SECTIONAL DESCRIPTIVE STUDY.

Chantana Keha*, Usanee Fongsri**, Surasak Mulsrisuk***, Hunsu Pimpiput****, Kanchalika Sathianvichitr*****

Abstract

Purpose: This research aimed to examine emergency department visits for non-urgent patients and to study the relationship between the selected factors with the chosen medical service's next visit with the same conditions.

Design: A cross-sectional descriptive research.

Methods: A total of 800 non-urgent patients who visited the emergency department at Siriraj Hospital were recruited by purposive sampling. The research instruments consisted of 1) the demographic data questionnaire, 2) the causes of emergency department visits for non-urgent patient's questionnaire, and 3) the factors chosen medical service's next visit with the same condition questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, Yate's continuity correction test, or Fisher's exact test.

Results: The most common reasons for non-urgent patients who visited the emergency department were that the patient felt symptoms of a severe condition could not wait (45.5%), the patient was unaware of the context of emergency department service (21.7%), and the patient found it not convenient to receive services during official working hours (15.2%). The selected factors with the chosen medical service's next visit with the same conditions found that perceptions of the registration process of specialized clinics had a positive correlation with the chosen medical service's next visit with the same conditions that were statistically significant ($X^2 = 6.11, p < .05$).

Conclusion: The patients felt symptoms of a severe condition could not wait, and the patient was unaware of the context of emergency department service. Perceptions of the registration process of a specialized clinic had a correlation with the chosen medical service's next visit with the same conditions. Therefore, providing advice on service procedures or appointments at specialized clinics or increasing access channels to an after-hours clinic can help reduce the overcrowding of the emergency department.

Keywords: Non-urgency patient, Emergency service, Triage

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2023, 35(1) : 13-23

Article info: received September 4, 2022 ; revised February 7, 2023 ; accepted March 27, 2023

* Head of emergency department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

** Nurse supervisors, Outpatient nursing division, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

*** Corresponding author, Registered Nurse, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

Address: Emergency Department, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Siriraj, Bangkoknoi, Bangkok, 10700.

**** Registered Nurse, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

***** Emergency Medicine Resident, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University



บทนำ

ความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการใน ห้องฉุกเฉิน กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก¹⁻² ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ ปริมาณทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด ส่งผลกระทบต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละ ประเทศทั้งด้านแผนการจัดสรรงบประมาณและคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉิน รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและความเครียดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน ห้องฉุกเฉิน³⁻⁴ จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้อง ฉุกเฉินในโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 78.5 ที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินโดยมีภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน หรือกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยหนึ่งในสามมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโดย ด้วยภาวะการเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินมากกว่า 3 ครั้งภายใน 1 ปี⁵ และจากสถิติการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วย ที่ไม่ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ระยะ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปี⁶ จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษาเป็น ทักษะที่สำคัญของพยาบาล ซึ่งพิจารณาจากความรุนแรง ของอาการตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย (triage) 5 ระดับ⁷⁻⁸ ได้แก่ ระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤต ระดับ 2 ผู้ป่วย ฉุกเฉิน ระดับ 3 ผู้ป่วยเร่งด่วน ระดับ 4 ผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วน และระดับ 5 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วน ฉุกเฉิน จะได้เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินทันที เพื่อ ลดความรุนแรงของอาการและการดำเนินโรคที่เกิดขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะการ เจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือมีอาการป่วยไม่รุนแรงที่สามารถรอรับการตรวจ รักษาได้อย่างปลอดภัย⁹⁻¹⁰ จะได้รับการแยกรอตรวจเป็น ลำดับถัดไป หรือแนะนำให้เข้ารับการรักษาในเวลา ราชการอีกครั้ง ทั้งนี้ เพื่อแยกผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินออกจาก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้น

การเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ฉุกเฉิน เป็นประเด็นสำคัญที่กำลัง พัฒนาระบบการให้บริการของโรงพยาบาลศิริราช อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบบริบทการให้ บริการของห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยบางส่วนไม่ทราบว่า อาการที่เกิดขึ้นสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิได้ หรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่ระดับ ทุติยภูมิ¹¹⁻¹² อีกทั้งห้องฉุกเฉินเปิดให้บริการ ตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นสถานที่แรกที่ถูกคาดหวังอย่าง มากในการให้บริการที่รวดเร็วเมื่อมีการเจ็บป่วย รวมถึง ค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างกับหน่วยตรวจเฉพาะทางต่าง ๆ มาก¹³⁻¹⁴ จึงทำให้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก จนเกิดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน ส่งผลกระทบต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน เกิดความล่าช้าในการให้บริการ และเกิดความ แออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน รวมทั้ง บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินเกิดความ ตึงเครียดจากภาระงานเพิ่มมากขึ้น³ ซึ่งมีโอกาสเกิดความ ขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยหรือญาติที่เข้ารับ บริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการตามมา⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุการ เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการของผู้ป่วย ไม่ฉุกเฉินมีหลายสาเหตุ เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ค่าใช้จ่ายทัศนคติในการเข้ารับบริการห้อง ฉุกเฉิน และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาล เป็นต้น^{1,5} อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับบริการนอกเวลาส่วนใหญ่ ไม่สะดวกเข้ารับบริการในเวลาราชการ เนื่องจากต้อง ทำงานและเกรงว่าการเข้ารับบริการในเวลาราชการจะมี ผลกระทบต่อรายได้ ส่งผลให้ห้องฉุกเฉินเกิดความแออัด ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ฉุกเฉินและผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน¹ นอกจากนี้ ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน บางส่วนคิดว่าจะเลือกใช้บริการห้องฉุกเฉินเช่นเดิมหาก มีการเจ็บป่วยครั้งถัดไป เนื่องจากมีความสะดวก รวดเร็ว การตรวจรักษาและค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างกันกับหน่วย ตรวจเฉพาะทาง^{11,14} ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการให้ บริการของห้องฉุกเฉิน ทั้งด้านการประเมินอาการ



การให้คำแนะนำ และการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการหน่วยตรวจเฉพาะทางต่างๆ อย่างเหมาะสม เมื่อมีการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งถัดไป เพื่อลดความแออัดของห้องฉุกเฉิน¹⁴

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินน้อย และการศึกษาส่วนใหญ่มักศึกษาในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลศิริราช คือ โรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจรักษาที่ทันสมัย และความเชื่อมั่นในศักยภาพของโรงพยาบาล ซึ่งมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาจำนวนมาก การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเลือกเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและความสัมพันธ์ในการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป เพื่อวางแผนการจัดการปัญหาความแออัดของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช และเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดการปัญหาที่แท้จริงในการนำไปพัฒนาคุณภาพของระบบการให้บริการของห้องฉุกเฉินในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ปลอดภัยรวดเร็ว เหมาะสม บุคลากรมีภาระงานลดลง รวมถึงผู้มารับบริการมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจากปัญหาความแออัดของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ซึ่งเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้น และความล่าช้าในกระบวนการให้บริการของห้องฉุกเฉินจากอัตราค่าจ้างของบุคลากรและปริมาณทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินลดลง โดยความแออัดของห้องฉุกเฉินเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาระบบการจัดการให้มีประสิทธิภาพซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้

บริการของห้องฉุกเฉิน ทั้งด้านการประเมินความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจรักษา ด้านให้การพยาบาล และด้านการให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสม รวมถึงเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาระบบการให้บริการของห้องฉุกเฉินให้มีคุณภาพ ตามนโยบายของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินนี้ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการหาแนวทางแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินอย่างเหมาะสม ลดความแออัดของห้องฉุกเฉิน และพัฒนาระบบบริการห้องฉุกเฉินให้เป็นห้องฉุกเฉินที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากรและเพิ่มคุณภาพการบริการและการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) หรือ ผู้ป่วยระดับ 5 ตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับ⁵ และเข้ามาใช้บริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 ถึง กุมภาพันธ์ 2560 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro-Yamane¹⁵ ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินปี พ.ศ. 2558 จำนวน 870 ราย กำหนด



ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 99 ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 800 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

การศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ (1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินหรือผู้ป่วยระดับ 5 ตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย^๑ และได้รับการตรวจรักษาเสร็จสิ้นแล้ว (3) เป็นผู้ที่มีการคงที่ได้แก่ มีความดันโลหิตคงที่ อัตราการหายใจไม่เกิน 20 ครั้งต่อนาที และระดับออกซิเจนปลายนิ้วไม่ต่ำกว่า 95 % (4) มีสติสัมปชัญญะปกติสามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย และ (5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ กลุ่มที่ไม่ได้ตัดสินใจมาเข้ารับบริการด้วยตัวเอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากหน่วยตรวจต่างๆ ของโรงพยาบาลศิริราช หรือได้รับการแนะนำส่งต่อให้มารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราชโดยทันที และเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางทางรับรู้หรือการตัดสินใจ

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา ที่อยู่ปัจจุบัน ผลกระทบต่อรายได้ในการมาตรวจครั้งนี้ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 4 ข้อ

ประกอบด้วย การรับรู้ขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทาง การรับรู้บริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน การเคยรักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้ว และผลกระทบต่อรายได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสาเหตุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม ผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .89 และ .88 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) แบบสอบถามสาเหตุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โดยวิเคราะห์ด้วยสูตรการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง .73 ผู้วิจัยปรับตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการอนุมัติรับรอง โครงการวิจัยตามเอกสารเลขที่ Si 701/2016 รหัสโครงการ 584/2559 (EC3) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์ของงานวิจัย รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอน



ตัวจากการวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยหรือเผยแพร่จะนำเสนอ ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น พร้อมเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าห้องประชุมของห้องฉุกเฉิน เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะมีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนั้นได้ โดยเก็บแบบสอบถามที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้อย่างปลอดภัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ภายหลังการได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ หัวหน้าหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประจำห้องฉุกเฉิน เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำห้องฉุกเฉิน เพื่อแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินดียินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าสัมภาษณ์ในห้องประชุมของหน่วยงาน ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยได้พบแพทย์และได้รับการรักษาแล้ว โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สาเหตุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สาเหตุที่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และลักษณะของการบริการที่จะเลือกใช้ในครั้งต่อไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่ (frequencies) และร้อยละ (percentages) การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการมารับบริการระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มาด้วยอาการเจ็บป่วยจะกลับมารับบริการที่แพทย์เวรและกลุ่มที่จะใช้บริการช่องทางอื่นในครั้งต่อไป โดยใช้สถิติการปรับให้วัดจุดประสงค์: เพื่อศึกษาสาเหตุการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 800 รายเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 ถึง กุมภาพันธ์ 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามสาเหตุที่มาเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน และ 3) แบบสอบถามปัจจัยการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบของเยตส์ หรือสถิติฟิชเชอร์

ผลการวิจัย: สาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ ร้อยละ 45.5 ผู้ป่วยไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 21.7 และผู้ป่วยไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ ร้อยละ 15.2 สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วย



ลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป พบว่า การรับรู้ขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 6.11, p < .05$)

สรุป: การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่รู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ และผู้ป่วยที่ไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน เป็นกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการมากที่สุด และการรับรู้ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการ

ด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป ดังนั้น ควรมีการแนะนำขั้นตอนให้บริการหรือการนัดหมายของหน่วยตรวจเฉพาะทาง การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เพื่อช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินได้

ต่อเนื่องของเยตส์ (Yate's continuity correction test) หรือ การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป PASW Statistics Version 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 800)

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	500	65.6
ชาย	300	34.4
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	215	26.9
31-40 ปี	96	12.0
41-50 ปี	107	13.4
51-60 ปี	131	16.4
มากกว่า 60 ปี	251	31.4
ที่อยู่		
มีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครตรงทะเบียนบ้าน	325	40.6
มีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครไม่ตรงทะเบียนบ้าน	253	31.6
มีที่อยู่ในทะเบียนบ้านต่างจังหวัดในเขตปริมณฑล	116	14.5
มีที่อยู่ในทะเบียนบ้านต่างจังหวัดที่ไม่อยู่ในเขตปริมณฑล	106	13.3
สิทธิ์การรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	567	70.9
บัตรทอง	134	16.8
ประกันสังคม	60	7.5
อื่นๆ	38	4.8
ผลกระทบต่อรายได้		
ไม่มีผลกระทบ	663	82.9
มีผลกระทบ	137	17.1



จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 โดย ร้อยละ 65.6 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 26.9 มีที่อยู่ การมาตรวจครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อยาได้ร้อยละ 82.9 ในกรุงเทพมหานครตรงทะเบียนบ้านร้อยละ 40.6 ใช้สิทธิ

ตารางที่ 2 สาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน (n = 800)

สาเหตุของการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน*	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้	526	45.5
ไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน	251	21.7
ไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ	176	15.2
ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือญาติให้มาตรวจห้องฉุกเฉิน	132	11.4
การมารับยาโรคประจำตัวเดิม	47	4.1
อื่นๆ	25	2.2

*ผู้ป่วย 1 คน สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับ ตัวอย่างไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ ร้อยละ บริการห้องฉุกเฉิน มีสาเหตุจากการรู้สึกว่ามีอาการของ 15.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือญาติ โรครุนแรงไม่สามารถรอได้ ร้อยละ 45.5 กลุ่มตัวอย่างไม่ ให้มาตรวจห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 11.4 และการมารับยา ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 21.7 กลุ่ม โรคประจำตัวเดิม ร้อยละ 4.1

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป

ตัวแปรที่ศึกษา	ลักษณะการเข้ารับบริการครั้งต่อไป		X ²	p-value
	รับบริการห้อง	รับบริการช่องทางอื่น		
	ฉุกเฉิน (n=136) จำนวน (ร้อยละ)	(n=572) จำนวน (ร้อยละ)		
การรับรู้ขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทาง				
ทราบ	42 (30.9)	184 (32.2)	6.11	0.047*
ไม่ทราบ	94 (69.1)	388 (67.8)		
การรับรู้บริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน				
ทราบ	44 (32.4)	185 (32.3)	0.00	1.000
ไม่ทราบ	92 (67.4)	387 (67.7)		
การรักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้วไม่ดีขึ้น				
เคย	76 (55.9)	337 (58.9)	0.61	0.584
ไม่เคย	60 (44.1)	235 (41.1)		
ผลกระทบต่อยาได้				
มี	22 (16.2)	103 (18.0)	0.54	0.705
ไม่มี	114 (83.2)	469 (82.0)		

*Yate's continuity correction test or Fisher's exact test (p < .05)



จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X^2 = 6.11$, $p < .05$) ส่วนการรับรู้บริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน การรักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้ว และผลกระทบต่อการได้มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การศึกษาสาเหตุของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสาเหตุจากผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการของโรครุนแรงไม่สามารถรอได้ ผู้ป่วยไม่ทราบบริบทการให้บริการห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือญาติให้มาตรวจห้องฉุกเฉิน และมาขอรับยาเดิม สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โดยมีความรู้สึกว่าอาการที่เกิดขึ้นความได้รับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินทันที และมีผู้ป่วยบางส่วนไม่ทราบขั้นตอนการให้บริการของห้องฉุกเฉิน^{1,5} และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้วในเบื้องต้นแต่มีความคิดว่าอาการไม่ดีขึ้น หรือมีความคิดว่าสถานพยาบาลปฐมภูมิไม่สามารถรักษาอาการที่เกิดขึ้นได้ จึงตัดสินใจเข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน¹¹⁻¹² และยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่สะดวกมาในเวลาราชการ เนื่องจากทราบว่าโรงพยาบาลมีการเปิดให้บริการห้องฉุกเฉินที่สามารถให้บริการนอกเวลาราชการสำหรับผู้ป่วยนอกได้ ค่าใช้จ่ายถูกกว่าสถานพยาบาลเอกชน และได้รับการที่เร็วขึ้น^{14, 16-17} นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าการให้บริการห้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีศักยภาพสูงและมีความพร้อมในการช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยตลอดเวลา¹³⁻¹⁴ รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางที่ให้คำปรึกษาหรือมีเครื่องมือตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมจำนวนมาก

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่¹⁸

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป พบว่า การรับรู้ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกันครั้งต่อไป กล่าวคือ หากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินทราบขั้นตอนการลงทะเบียนของหน่วยตรวจเฉพาะทาง อาจมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการครั้งถัดไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการมีความต้องการตรวจรักษากับแพทย์เฉพาะทาง แต่ไม่ทราบขั้นตอนของการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทาง รวมถึงสิทธิการรักษาของตน^{11, 17} ส่งผลให้มีผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินจำนวนมาก ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินขณะนั้น รวมทั้งเกิดความล่าช้าในการให้บริการของห้องฉุกเฉิน⁴⁻⁵ อย่างไรก็ตาม การประชาสัมพันธ์บริบทการให้บริการของห้องฉุกเฉินต่อสาธารณชนที่ชัดเจนเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาเป็นลำดับแรก เพื่อให้ประชาชนเข้าใจระบบการแพทย์ฉุกเฉินและตัดสินใจเข้ารับบริการอย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาบริบทการให้บริการของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็ง การขยายการให้บริการของหน่วยตรวจเฉพาะทางหรือคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เพื่อให้เข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น¹⁷⁻¹⁸ รวมถึงอำนวยความสะดวกในการนัดหมายหน่วยตรวจเฉพาะทางต่างๆ เพื่อลดความแออัดของห้องฉุกเฉินต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึง สาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการ และอาจสะท้อนถึงการรับรู้และความเชื่อมั่นของประชาชนทั่วไปที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้กับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงเรียนแพทย์ทั่วไป ดังนั้น การประชาสัมพันธ์บริบทการ



ให้บริการของห้องฉุกเฉินที่ชัดเจน จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารสู่สาธารณชน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาศักยภาพระบบการให้บริการของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลต้นสังกัดของสิทธิการรักษาพยาบาลให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการเข้ารับการรักษา รวมถึงการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการลงทะเบียนหรือการนัดหมายของหน่วยตรวจเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการตรวจรักษากับแพทย์ที่เกี่ยวข้องเฉพาะโรค หรือการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการและการพัฒนาระบบการจัดการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยที่มาขอรับยาต่อเนื่อง อาจเป็นแนวทางที่สามารถช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินได้ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปสำหรับการศึกษาคั้งถัดไป ควรมีการศึกษาพฤติกรรม การมาใช้บริการของผู้ป่วย เช่น ความถี่ในการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน รวมถึงอุปสรรคและปัญหาเมื่อผู้ป่วยต้องการติดต่อนัดหมายหน่วยตรวจต่างๆ ในเวลาราชการ เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินให้ครอบคลุมต่อไป

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional design) ที่มีการเก็บข้อมูลเพียงช่วงเวลาเดียว และเป็นการศึกษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียว จึงเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบและมีโอกาสที่ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาอาจแตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นและในสังคมอื่นๆ รวมทั้งยังมีการศึกษาครอบคลุมทุกปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีไม่ฉุกเฉินน้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยเต็มจำนวนในการศึกษาคั้งนี้

References

1. Bardelli P, Kaplan V. Non-Urgent encounters in a Swiss medical emergency unit. *SMW* 2013; 143. doi:10.4414/smw.2013.13760.
2. Van Den Heede K, Van De Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilization: a review of reviews. *Health Policy* 2016; 120(12): 1337–1349.
3. Mousavi SM, Sadeghifar J. Universal health coverage in Iran. *Lancet Glob Health* 2016; 4:e305–6. doi:10.1016/S2214-109X(16)00068-1.
4. Filippatos G, Evridiki K. The effect of emergency department crowding on patient outcomes. *Health Sci J*. 2015; 9(1):1–6.
5. Al-Otmy SS, Abduljabbar AZ, Al-Raddadi RM, et al Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care center, western Saudi Arabia: cross-sectional study. *BMJ Open* 2020; 10:e035951. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035951.
6. Medical Records and Medical Statistics Service. Statistics of patients receiving services from the emergency department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital 2019; Bangkok. (in Thai).



7. Lee JY, Oh SH, Peck EH, Lee JN, Park KN, Kim SH, et al. The validity of the Canadian triage and acuity scale in predicting resource utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2011; 19:68. doi:10.1186/1757-7241-19-68.
8. Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Guide to patient screening criteria. Bangkok. Faculty of Medicine Siriraj Hospital 2015. (in Thai)
9. Ng CJ, Liao PJ, Chang YC, Kuan JT, Chen JC, Hsu KH. Predictive factors for hospitalization of nonurgent patients in the emergency department. *Medicine* 2016; 95(26): e4053. doi: 10.1097/MD.0000000000004053.
10. McCormack LA, Jones SG, Coulter SL. Demographic factors influencing nonurgent emergency department utilization among a Medicaid population. *Health Care Manag Sci* 2017; 20: 395–402. doi:10.1007/s10729-016-9360-8.
11. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care* 2013; 19(1): 47–59.
12. Becker J, Dell A, Jenkins L, Sayed R. Reasons why patients with primary health care problems access a secondary hospital emergency centre. *S Afr Med J* 2012; 102: 800. doi:10.7196/SAMJ.6059.
13. Dawoud SO, Ahmad AMK, Alsharqi OZ, Al-Raddadi RM. Utilization of the emergency department and predicting factors associated with its use at the Saudi Ministry of health general hospitals. *Glob J Health Sci* 2016; 8: 90–106. doi:10.5539/gjhs.v8n1p90
14. Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019; 9(10): e030927.
15. Yamane T. Statistics: An introduction analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row Harper & Row; 1973.
16. Morgan SR, Chang AM, Alqatari M, Pines JM. Non-emergency department interventions to reduce ED utilization: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2013;20(10):969–985. doi.org/10.1111/acem.12219.
17. Sangsong S, Boonterm S, Bunyaphothi S, Namsai W, Konkayan P. Use of medical service among non-emergency patients after the government hour at Sunprasitthiprasong Hospital. *Sanpasitthiprasong Medical Journal* 2021; 40(1-3): 1-10. (in Thai).
18. Armartpundit T. Factors Influencing Utilization of emergency medical service of severity and critical illness patients in Ubonrathchathani Province. *J Health Sci* 2017; 26(5): 883-95. (in Thai).



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

ปวีณา พงษ์พันนา^{1*} นพมาศ พัดทอง^{2*} และ สุรีพร ธนศิลป์^{2,3**}

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ, ระยะได้รับโปรแกรมฯ ขณะอยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ ขณะอยู่ที่บ้าน และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 6

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบ Quasi experimental with single-group time-series design ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียว ติดตามวัดผล 4 ครั้ง ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ที่นับถือศาสนาพุทธ อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ แบบประเมิน Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ (Buddhist Death Acceptance Scale) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94 และ .73 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธในโรงพยาบาล และนำไปปฏิบัติต่อบ้านวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA)

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ระยะได้รับโปรแกรมฯ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ ขณะอยู่ที่บ้าน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 กับระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้มีความผาสุกด้านจิตอารมณ์ในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 มากกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุป: โปรแกรมฯ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ทั้งในระยะได้รับโปรแกรมฯ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ ขณะอยู่ที่บ้าน และโปรแกรมฯ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกด้านจิตอารมณ์ในระยะติดตามผลได้

คำสำคัญ: การดูแลวิถีพุทธ/ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ/ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2566, 35(1) : 25-38

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสมาชิกหน่วยปฏิบัติการวิจัย “การดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก” อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม E-mail: noppamat.p@chula.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัย “การดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก” อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



THE EFFECT OF BUDDHIST CARE PROGRAM ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ADVANCED CHOLANGIOCARCINOMA

Paweena Pongpunna* Noppamat Pudtong** and Sureeporn Thanasilp***

Abstract

Purpose: to compare the effect of Buddhist care program on Health-related Quality of life (HRQOL) in patients with advanced cholangiocarcinoma (CCA) before and after finished receiving the program at the hospital, and at home and 6th week in the follow up period.

Design: This study was a Quasi experimental with single-group time-series design; 4 times measurement at different time points

Methods: The samples were 24 advanced cholangiocarcinoma patients who were Buddhist, age 20 years old and over. The instruments were Demographic data record form, the Buddhist care program, the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) in Thai version, and the Buddhist Death Acceptance scale, the Cronbach alpha coefficient of the last two instrument were 0.94 and 0.73, respectively. The participants received usual nursing care and Buddhist care program in hospital and take it to practice at home. Data were analyzed using repeated measure one-way analysis of variance (One-way repeated ANOVA)

Result: The mean scores of overall HRQOL in advanced cholangiocarcinoma patients after receiving the program at the hospital and at home were significantly higher than before receiving the program ($p < .05$). But there was no difference mean scores of overall HRQOL between the 6th week follow-up period and before receiving the program. However, mean scores of the emotional well-being dimension after receiving the program in the follow up period at 6th week was significantly higher than that of before receiving the program ($p < .05$).

Conclusion: The Buddhist care program can improve HRQOL in advanced cholangiocarcinoma patients after finished receiving the program at the hospital and at home. Moreover, the program's outcome can continue to enhance the emotional well-being of patients in the follow up period.

Keywords: Buddhist care program / Health-related quality of life/ advanced cholangiocarcinoma

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2023, 35(1) : 25-38

Article info: Received May 30, 2022 ; Revised March 20, 2023. ; Accepted March 29, 2023

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

** Corresponding author, Assistant Professor, Ph.D., and member of Asian Wisdom Care Research Unit, Thesis Co-advisor. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnannisattaphat Building, Pathum Wan, Bangkok Thailand 10330 E-mail: noppamat.p@chula.ac.th

*** Associate Professor, D.N.S., and Director of Asian Wisdom Care Research Unit, Thesis Advisor.



บทนำ

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) อยู่ในกลุ่มมะเร็งตับปฐมภูมิ¹ สถิติผู้ป่วยทั่วโลกมีอัตราการความชุกเฉลี่ย 2 ต่อแสนประชากร ขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยมากเป็นอันดับหนึ่งของโลก โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการความชุกมากถึง 85 ต่อแสนประชากร² จากสถิติที่ผ่านมาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพบได้ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 จะเป็นผู้ป่วยระยะลุกลาม³ และการรักษาทำได้เพียงประคับประคองอาการ นั่นคือผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคที่รุนแรง และคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุก ที่ครอบคลุมบริบทในการดำเนินชีวิต โดยเป็นผลจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ระดับความผาสุกขึ้นอยู่กับการรับรู้ ความคาดหวัง และการปรับตัวซึ่งมีผลต่อผู้ป่วยใน 4 มิติ (Multidimensionality) อันได้แก่ มิติความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ (Emotional well-being) และมิติความผาสุกด้านสังคม (Social well-being)⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและจะลดลงเรื่อย ๆ⁵ ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และมีความแตกต่างกันในแต่ละมิติ โดยผู้ป่วยมีมิติความผาสุกด้านร่างกายต่ำที่สุด ตามด้วยมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ และสูงสุดคือมิติความผาสุกด้านสังคม⁶ ด้วยผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการที่รุนแรง ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง⁸ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ย่อมต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมากขึ้น นอกจากนั้นผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามรับรู้ว่าเป็นอยู่ร้ายแรง รักษาไม่หาย รอความตายที่กำลังจะมาถึง ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานทางด้านจิต อารมณ์ เกิดความวิตกกังวล กลัว

ความตายที่ไม่อาจรู้แน่⁹ เมื่อทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี คือ ปัจจัยด้านอาการของโรค อาการดังกล่าวได้แก่ อาการปวดแน่นท้อง และอาการเหนื่อยล้า ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง ขณะที่ปัจจัยแรงสนับสนุนจากสังคม สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้¹⁰

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลแบบประคับ ประคองที่องค์การอนามัยโลก¹¹ ได้ระบุไว้ นอกจากนี้ เป้าหมายการดูแลแบบประคับประคองยังประกอบด้วย การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ตลอดจนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของแนวคิดขององค์การอนามัยโลก สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในขณะที่หลักธรรมทางศาสนาพุทธมุ่งเน้นการเท่าทันตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เมื่อต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นล้วนเป็นไปตามกฎของธรรมชาติ นั่นคือหลักของไตรลักษณ์ ศาสนาพุทธยังเชื่ออีกว่ามนุษย์ทุกคนสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ที่ต้องเผชิญในชีวิตด้วยการเรียนรู้ 3 ด้าน อันได้แก่ศีล สมาธิ และปัญญา นั่นคือ หลักของไตรสิกขา นำไปสู่ความเข้าใจในชีวิตที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบของธรรมชาติ ยอมรับความไม่แน่นอนของชีวิต¹² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลักธรรมทางศาสนาพุทธ ที่มุ่งให้เกิดความเข้าใจและยอมรับกฎของธรรมชาติ ที่ทุกคนมีอาจหลีกเลี่ยงนี้¹³ ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีและเกิดการตายดี¹⁰⁻¹¹ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับหลักไตรสิกขา และกฎไตรลักษณ์ มาบูรณาการเป็นโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บ



ป่วย มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และนำไปสู่ความพร้อมที่จะเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวส่วนใหญ่มักต้องการยื้อชีวิตของผู้ป่วยอย่างเต็มที่¹⁶ นอกจากนี้ครอบครัวมักไม่ต้องการเปิดเผยการพยากรณ์โรคที่แท้จริงแก่ผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าการรับรู้เกี่ยวกับพยากรณ์โรค จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจ กลัวผู้ป่วยอาการทรุด หดกำลังใจ ที่ทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น¹³ ทั้งการได้รับข้อมูลที่ไมเพียงพอเกี่ยวกับโรค ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาได้¹⁷ และด้วยบริบทของโรงพยาบาลที่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง อีกทั้งบุคลากรที่ประจำหอผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ¹⁸ ซึ่งมักเน้นการรักษาให้หายและยื้อชีวิตผู้ป่วยอย่างเต็มที่¹⁶ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลมีความเป็นส่วนตัวน้อย และมีการจำกัดเวลาเยี่ยม ทำให้การมีส่วนร่วมของครอบครัวขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลลดลง

แสดงได้ว่าการดูแลประคับประคองในปัจจุบันยังคงเป็นความท้าทายในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มุ่งผลลัพธ์ด้านร่างกาย ยังไม่ครอบคลุมเป็นองค์รวม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการบูรณาการหลักพุทธธรรมอันได้แก่ ไตรสิกขาและกฎไตรลักษณ์ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม และเป็นการเตรียมผู้ป่วยมะเร็งให้พร้อมรับเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง ส่งผลต่อการจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังได้รับโปรแกรมฯ ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ ขณะอยู่ที่บ้าน และระยะติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 6 แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ, หลังได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่โรงพยาบาล, สิ้นสุดโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่ที่บ้าน และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธในสัปดาห์ที่ 6

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะอยู่ที่บ้าน และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธในสัปดาห์ที่ 6 มากกว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยแบบ Quasi experimental with single-group time-series design ศึกษากลุ่มตัวอย่างเดียว ติดตามวัดผล 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ, ระยะได้รับโปรแกรมฯ ขณะอยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ ขณะอยู่ที่บ้าน และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหรือระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ตามเกณฑ์การของ American Joint Committee on Cancer¹⁷ คัดเลือก



แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยรับทราบการวินิจฉัยโรค และได้เข้ารับการรักษาระหว่างแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา 2) ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Palliative performance scale) มากกว่าร้อยละ 30 3) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารได้ตามปกติ 4) ผู้ป่วยและญาติสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและมีญาติดูแลอย่างน้อย 1 คน ขณะดำเนินโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมีแรงท่อน้ำดีระยะลุกลามที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และไม่สามารถอยู่จนสิ้นสุดโปรแกรม หรือเสียชีวิต

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ขนาดปานกลางตามแนวคิดของCohen¹⁸ เท่ากับ 0.25 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power (Version 3.1) ได้กลุ่มตัวอย่าง 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วย

1.2 แบบประเมิน Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (FACIT-Pal) ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือจาก [www. facit.org](http://www.facit.org) เพื่อประเมินความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกเป็นรายมิติ อันประกอบด้วย มิติความผาสุกด้านร่างกาย มี 7 ข้อ มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ มี 6 ข้อ มิติความผาสุกด้านสังคม มี 7 ข้อ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มี 7 ข้อ ส่วนข้อคำถามประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคองมี 19 ข้อ ระดับมาตรวัด Likert scale 5 อันดับ ตั้งแต่ 0 – 4 โดยประเมินความรู้สึกในช่วง 7 วันที่ผ่าน โดยผลรวมคะแนนมากหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาก ในขณะที่ผลรวมคะแนนน้อยจะหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .94

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

2.1. โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ผู้วิจัยพัฒนาโดยอาศัยกรอบแนวคิดการดูแลประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับบูรณาการหลักพุทธธรรม คือ ไตรสิกขา และกฎไตรลักษณ์ มีกิจกรรมดังนี้

2.1.1 การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ด้วยกิจกรรมการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา

2.1.2 การดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยกิจกรรมการสำรวจความรู้สึกนึกคิด และเรียนรู้พุทธธรรมด้วยบทความแสดงไตรลักษณ์ของชีวิต ถ่ายทอดผ่านหนังสือเสียง

2.1.3 การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.1.4 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล และเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ

2.2 คู่มือและวีดิทัศน์เรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต คู่มือและแผนการสอนเรื่องความรู้เรื่องโรค และการจัดการอาการในผู้ป่วยมีแรงท่อน้ำดีด้วยวิถีพุทธ

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย ได้แก่

3.1 แบบประเมินการยอมรับความตายวิถีพุทธ (Buddhist Death Acceptance Scale)¹⁹ เพื่อติดตาม



ผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ เป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับภาวะของโรคและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ จำนวน 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 1) แบบประเมินที่แสดงถึงการยอมรับการตายที่เป็นกระบวนการตามธรรมชาติ จำนวน 9 ข้อ 2) แบบประเมินที่แสดงถึงการเตรียมพร้อมสำหรับความตาย จำนวน 4 ข้อ ระดับมาตรวัด Rating scale 4 อันดับ ตั้งแต่ 1-4 โดยสามารถแบ่งระดับของการยอมรับความตายเป็นได้ดังนี้ ระดับต่ำเท่ากับ 1.00-2.00 คะแนน ระดับปานกลางเท่ากับ 2.01-3.00 คะแนน ระดับสูงเท่ากับ 3.01-4.00 คะแนน มีค่า CVI เท่ากับ .84 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .73

3.2 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน มีลักษณะเป็น Check list ตามความจำนวนครั้งที่ปฏิบัติจริง มีค่า CVI เท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 5/2022 แล้วจึงดำเนินการขออนุญาตเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยโดยละเอียด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัยโดยอิสระ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการวิจัย ได้แก่

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ด้านความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ด้วยการทบทวนวรรณกรรม พร้อมทั้งผู้วิจัยเข้ารับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็ง การสวดมนต์ และทำสมาธิ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาพุทธกับผู้ป่วยและญาติที่วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

1.2 การเตรียมเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ และศึกษาประวัติกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน

2. ขั้นตอนการ ดำเนินการ ด้วยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ มีระยะดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ประเมินปัญหาและความต้องการให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ ครอบครัว และความต้องการด้านจิตวิญญาณ

2.2 ระยะได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ขณะอยู่โรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 ประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทย²⁰ เป็นแบบประเมินที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งพบว่าแบบประเมิน ESAS มีความตรงและความเที่ยง สามารถใช้ในจำแนกอาการต่างๆ โดยเฉพาะอาการด้านร่างกายของผู้ป่วยได้ดี และเชื่อถือได้²¹ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการของโรคอย่างเหมาะสม โดยเมื่อผู้ป่วยรายงานอาการใดมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ผู้วิจัยจะให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ จากนั้นเปิดวิถีทัศนเรื่องพุทธธรรมกับการดำเนินชีวิต เพื่อแสดงหลักธรรมและขั้นตอนฝึกสมาธิ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันฝึก สวดมนต์ และทำสมาธิ เพื่อส่งเสริมความผาสุกทั้งในด้านร่างกาย ด้านการทำ



หน้าที่ ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ โดยใช้เวลารวมไม่เกิน 90 นาที

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นการดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที แล้วทำกิจกรรมสำรวจความรู้สึกนึกคิด ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นการดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้เกี่ยวกับกฎไตรลักษณ์ของชีวิต ผ่านการฟังหนังสือเสียง ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยอธิบายประโยชน์และขั้นตอนของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลรักษา การดำเนินของโรค ตามคู่มือและแผนการสอนเรื่องความรู้เรื่องโรคและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 6 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นให้การดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นดำเนินกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้เวลาทำกิจกรรมรวม 60 นาที

ครั้งที่ 7 ผู้วิจัยประเมินอาการด้วยแบบประเมิน ESAS จากนั้นการดูแลด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวนำการสวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา กลับไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อเนืองที่บ้าน หลังจากตื่นนอนตอนเช้า และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ติดต่อกันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์

2.3 ระยะได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันด้วยการสวดมนต์ 10 นาที ทำสมาธิ 20 นาที และแผ่เมตตา 5 นาที อย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้า และทุกครั้งที่มีความทุกข์ทรมานด้านร่างกายติดต่อกันอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ จนสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ นับตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินปัญหาในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และทบทวนและให้ความรู้ครอบครัวเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พร้อมกันนี้ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างโดยประเมินตามแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมและประเมินการยอมรับการตายวิถีพุทธ

3. ขั้นตอนการประเมินผล

ประเมินผลกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ, ระยะได้รับโปรแกรมฯครบ 7 ครั้งขณะอยู่โรงพยาบาล, ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 6 โดยนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มได้รับโปรแกรมฯขณะอยู่โรงพยาบาล ด้วยแบบประเมินชุดเดิม



การรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมฯ

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และได้รับโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธจากผู้วิจัย ดังรายละเอียดในขั้นตอนการวิจัย

4. ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในทุกระยะด้วยแบบสอบถามชุดเดิม เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง และความคงทนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม วิเคราะห์

ข้อมูลด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละมิติและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลา วิเคราะห์ด้วยสถิติการความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.8 เกือบครึ่งมีอายุในช่วง 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 (อายุเฉลี่ย 60.58, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.69) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.5 และเกินครึ่งเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 62.5 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน (ค่าเฉลี่ย 4.46 เดือน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.35) และเกินครึ่งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดคิดเป็นร้อยละ 58.3 ตามมาด้วยการทำทางระบายน้ำดีร้อยละ 41.7

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกเป็นรายมิติ ในแต่ละระยะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงใน

ตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละระยะ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ระยะ							
	ก่อนรับโปรแกรมฯ		รับโปรแกรมฯ ขณะอยู่ร.พ		สิ้นสุดโปรแกรมฯ		ติดตามผล	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
มิติด้านร่างกาย	10.08	3.62	11.75	2.45	10.42	2.28	7.29	1.36
มิติด้านสังคม	23.08	5.97	23.71	5.85	24.04	4.75	24.29	3.88
มิติด้านจิต อารมณ์	11.00	5.12	15.21	4.32	13.79	4.86	13.96	3.78
มิติด้านการทำหน้าที่	17.04	4.72	19.46	4.08	19.63	3.52	15.88	4.93
การรับรู้การดูแลประคับประคอง	47.71	9.90	49.46	10.97	47.38	9.24	46.21	8.91
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยรวม	108.92	23.53	119.58	22.58	115.25	18.97	107.38	17.46



จากตารางที่ 1 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในมิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ระยะหลังได้รับโปรแกรมฯขณะอยู่โรงพยาบาล และระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯขณะอยู่ที่บ้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเข้าสู่ระยะติดตามผล เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ยกเว้นด้านการรับรู้การดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังรับโปรแกรมฯขณะอยู่โรงพยาบาล แต่มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ระยะสิ้นสุดโปรแกรมเมื่ออยู่ที่บ้านไปจนถึงระยะติดตามผล

3. เปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกเป็นรายมิติในแต่ละระยะ ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมและจำแนกเป็นรายมิติ ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติShapiro-wilk ทดสอบพบว่าข้อมูลของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกระจายตัวเป็นโค้งปกติ จากนั้นจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยสถิติการความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated ANOVA) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และรายมิติ ในแต่ละระยะ

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	Mean Square	F	P-value
มิติด้านร่างกาย	252.62	110.08	26.27*	.00
มิติด้านสังคม	19.7	14.75	2.5	.12
มิติด้านจิต อารมณ์	227.12	114.48	10.93*	.00
มิติด้านการทำหน้าที่	244.83	140.12	14.36*	.00
การรับรู้การดูแลประคับประคอง	130.13	61.43	8.87*	.00
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	2316.62	1174.6	22.67*	.00

* นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ($F = 22.67, P = .00$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในระยะที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่า มิติความผาสุกด้านร่างกาย ($F = 26.27, P = .00$) มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ ($F = 10.93, P = .00$) มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ($F = 14.36, P = .00$) และมิติด้านการรับรู้การดูแลประคับประคอง ($F = 8.87, P = .00$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในระยะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เช่นเดียวกัน แต่ผลการวิเคราะห์มิติด้าน

สังคมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันในแต่ละระยะ ($F = 2.5, P = .12$)

3.2 การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ระหว่างค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน คือ ค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และจำแนกเป็นรายด้านได้แก่ มิติด้านผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ มิติความผาสุกด้านจิต อารมณ์ ด้านการรับรู้การดูแลประคับประคอง ด้วยวิธี Bonferroni ($n=24$) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบรายค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

ระยะ	Mean	ระยะ		
		ก่อนรับโปรแกรม	รับโปรแกรม ขณะอยู่ร.พ	สิ้นสุดโปรแกรม
มิติด้านร่างกาย				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	10.08	-		
รับโปรแกรมขณะอยู่ร.พ	11.75	-1.67*	-	
สิ้นสุดโปรแกรม	10.42	-0.33	1.33*	-
ติดตามผล	7.29	2.79*	3.12*	4.46*
มิติด้านจิต อารมณ์				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	11.00	-		
รับโปรแกรมฯขณะอยู่ร.พ	15.21	-4.21*	-	
สิ้นสุดโปรแกรม	13.79	-2.79*	1.42	-
ติดตามผล	13.96	-2.96*	1.25	-0.17
มิติด้านการทำหน้าที่				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	17.04	-		
รับโปรแกรมฯขณะอยู่ร.พ	19.46	-2.42*	-	
สิ้นสุดโปรแกรม	19.63	-2.58*	-0.17	-
ติดตามผล	15.88	1.17	3.58*	3.75*
การรับรู้การดูแลระดับประคอง				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	47.71	-		
รับโปรแกรมฯขณะอยู่ร.พ	49.46	-1.75	-	
สิ้นสุดโปรแกรม	47.38	0.33	2.08*	-
ติดตามผล	46.21	1.50	3.25*	1.17*
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม				
ก่อนรับโปรแกรมฯ	108.92	-		
รับโปรแกรมฯขณะอยู่ร.พ	119.58	-10.67*	-	
สิ้นสุดโปรแกรมฯ	115.25	-6.33*	4.33*	-
ติดตามผล	107.38	1.54	12.21*	7.88*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ .05



จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ระหว่างค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และจำแนกเป็นรายมิติในแต่ละระยะพบว่า

ในระยะหลังได้รับโปรแกรมฯ ขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่า มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านสังคม มิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ยกเว้นด้านการรับรู้การดูแลประคับประคองเท่านั้นที่ไม่แตกต่างกับระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ เมื่ออยู่ที่บ้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่ามิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ และมิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่มิติความผาสุกด้านร่างกาย และด้านการรับรู้การดูแลประคับประคอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันระหว่างระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กับระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 พบว่ามิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์เท่านั้นที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ด้านการรับรู้การดูแลแบบประคับประคอง ไม่แตกต่างกับระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผล ดังนี้

ระยะหลังได้รับโปรแกรมฯ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ เมื่ออยู่ที่บ้าน จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย นั่นคือโปรแกรมฯ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทางด้านร่างกาย ส่งเสริมความผาสุกด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของหน้าทิพย์ว่าเรียนรู้พุทธธรรม และทำสมาธิ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และส่งเสริมการปรับตัวให้สอดคล้องกับภาวะของโรคตามความเป็นจริงด้วยจิตใจที่สงบ และความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยอมรับความตายได้⁽¹³⁾ ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งสามารถยอมรับสภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง ที่ย่อมมีเกิด แก่ เจ็บ ตายได้นั้น นำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ได้⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ารูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาเพื่อดูแลผู้ป่วย ทั้งการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและสภาพแวดล้อม การถวายสังฆทาน การสวดมนต์สืบทอด การใช้หลักสมถะภาวนา และมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว ทำให้อาการปวดทุเลาลง และมีสภาวะทางจิต อารมณ์ดีขึ้น⁽²²⁾

ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 พบว่ามีเพียงมิติความผาสุกด้านจิตอารมณ์ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สรุปได้ว่าเมื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามหลังได้รับโปรแกรมฯ ในแต่ละระยะ พบว่าเมื่อเข้าสู่ระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงตามระยะและการลุกลามของโรค ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของหน้าทิพย์⁶ แต่ถึงแม้อาการของโรคที่รุนแรง จะส่งผลต่อความผาสุกทั้งในด้านร่างกาย ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ซึ่งย่อมทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยลดลง แต่โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธยังคงสามารถส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่องแม้จะสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว เนื่องจากความรู้ตามหลัก



ธรรมทางพุทธศาสนา ส่งผลให้บุคคลมีความเข้าใจความเป็นจริงตามธรรมชาติ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้น ก็จะนำมาพิจารณาตามหลักของเหตุและผล อันนำไปสู่การปรับสภาพจิตใจให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงนั้นๆ ได้อย่างกลมกลืน เมื่อความทุกข์คลี่คลาย ความสุขทางปัญญาที่เกิดขึ้นในจิตใจ นั้นหมายถึงเกิดความสุขทางด้านจิต อารมณ์นั่นเอง¹²

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ ถูกพัฒนาเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม ด้วยโปรแกรมนี้นี้มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์เพื่อให้การดูแลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มอื่นๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสภาพขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

1.2 ผลของการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธ สามารถส่งเสริมความผาสุกด้านจิต อารมณ์ได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะได้รับโปรแกรมขณะอยู่โรงพยาบาล ระยะสิ้นสุดโปรแกรมต่อเนื่องไปถึงระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ในกลุ่มมะเร็งระยะลุกลามที่มุ่งเพื่อส่งเสริมความผาสุกในมิติด้านจิต อารมณ์ นอกจากนี้บุคคลากรผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลเพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามากขึ้นโดยการเพิ่มศักยภาพของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ด้วยโปรแกรมการดูแลวิถีพุทธสามารถส่งเสริมความผาสุกด้านจิตอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมฯ ได้เชื่อมโยงด้านจิต อารมณ์ ตลอดจนจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนาพุทธ เพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะลุกลามในการวิจัยครั้งต่อไปสามารถนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านจิต อารมณ์ได้

References

1. Banales JM, Marin JJ, Lamarca A, Rodrigues PM, Khan SA, Roberts LR, et al. Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2020;17(9):557–88.
2. Kamsa-ard S, Kamsa-ard S, Luvira V, Suwanrungruang K, Vatanasapt P, Wiangnon S. Risk factors for cholangiocarcinoma in Thailand: a systematic review and meta-analysis. Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2018;19(3):605.
3. Blechacz B. Cholangiocarcinoma: current knowledge and new developments. Gut Liver. 2017;11(1):13.
4. Cella DF. Quality of life: concepts and definition. J Pain Symptom Manage. 1994;9(3):186–92.
5. Mihalache F, Tantau M, Diaconu B, Acalovschi M. Survival and quality of life of cholangiocarcinoma patients: a prospective study over a 4 year period. J Gastrointest Liver Dis. 2010;19(3).



6. Woradet S, Songserm N, Promthet S, Parkin DM. Health-related quality of life and survival of cholangiocarcinoma patients in northeastern region of Thailand. *PLoS One*. 2016;11(9):e0163448.
7. Zabernigg A, Giesinger JM, Pall G, Gamper EM, Gattringer K, Wintner LM, et al. Quality of life across chemotherapy lines in patients with cancers of the pancreas and biliary tract. *BMC Cancer*. 2012;12(1):1–8.
8. Bibeau K, Bachini M, Lindley A, Barkey NM, Lindsey S. Exploring the diagnostic journey and life impact of patients with cholangiocarcinoma (CCA): Results from a large patient survey in the United States. 2021;42-52
9. Siani E. Fields of Life and Death: Cholangiocarcinoma, Food Consumption, and Masculinity in Buddhist Rural Thailand. 2022;
10. Somjaivong B, Thanasilp S, Preechawong S, Sloan R. The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer Nurs*. 2011;34(6):434–42.
11. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2014;28(2):130–4.
12. Thammarongpreechachai. P. Wisdom of Happiness through Self-Compassion. *J Lib Arts Maejo Univ*. 2021;9(2):224–37. (in thai)
13. Krapo M, Thanasilp S, Chimluang J. Factors Associated With Death Acceptance Among Thai Patients With Advanced Cancer1. *Asian J Public Opin Res*. 2018;6(1):18–30.
14. Ray A, Block SD, Friedlander RJ, Zhang B, Maciejewski PK, Prigerson HG. Peaceful awareness in patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2006;9(6):1359–68.
15. Philipp R, Mehnert A, Lo C, Müller V, Reck M, Vehling S. Characterizing death acceptance among patients with cancer. *Psycho-Oncology*. 2019;28(4):854–62.
16. Lin CP, Evans CJ, Koffman J, Sheu SJ, Hsu SH, Harding R. What influences patients' decisions regarding palliative care in advance care planning discussions? Perspectives from a qualitative study conducted with advanced cancer patients, families and healthcare professionals. *Palliat Med*. 2019;33(10):1299–309.
17. Forner A, Vidili G, Rengo M, Bujanda L, Ponz-Sarvisé M, Lamarca A. Clinical presentation, diagnosis and staging of cholangiocarcinoma. *Liver Int*. 2019; 39:98–107.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences, xxi. Hillsdale NJ Erlbaum Assoc. 1998;



19. Thanasilp S, Akkayagorn L, Suwannapong K, Long NH, Chimluang J, Upasen R, et al. The Development and Psychometric Testing of the Buddhist Death Acceptance Scale. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 2020;24(4):527–37.
20. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a thai version of the edmonton symptom assessment system (ESAS–Thai). *BMJ Support Palliat Care.* 2012;2(Suppl 1):A8–9.
21. Soowit B, Panasakulkan S, Muksiritipanun B. The assessment of the suffering symptoms in palliative care patients. *Songklanagarind J Nurs.* 2015;35(1):153–64.
22. Samvaro. PS. The Model and Process of Caring for the End-of-Life Patients according to the Buddhist Principles of People in Phrae Province. *Dhammathas Acad J.* 2019;19(2):175–88.



บทความวิจัย

ผลของการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account ต่อความรู้ในการเตรียมตัวคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน* จิรัญญา พวงแก้ว** จิระพร เพ็งสว่าง** เจนจิราพร วาณะศิริ**
ธัชชา ภูผานิ** ปานฤดี แสงราม** ผกามาศ จักรคำ** ภาณุมาศ ศรีทองแท้** ยาวเรศ อาทิตย์ตั้ง** วิโรจน์ บุตรแก้ว**

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย ,48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการเตรียมตัวคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account

แบบแผนการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ตั้งแต่ 28-36 สัปดาห์ ที่รับบริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 15 ราย ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account และนำไปกลับไปใช้ที่บ้านนาน 1 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลทางสถิติกรรม และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .73 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: การเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Application ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์แรกมีความรู้ในการเตรียมตัวคลอดเพิ่มขึ้น และผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการเตรียมตัวคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ได้ เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการเตรียมตัวคลอดได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: การเตรียมตัวคลอด, สตรีตั้งครรภ์แรก, ความรู้ในการเตรียมตัวคลอด, Line Official Account



THE EFFECT OF CHILDBIRTH PREPARATION THROUGH THE LINE OFFICIAL ACCOUNT ON THE KNOWLEDGE OF CHILDBIRTH PREPARATION AMONG FIRST-TIME PREGNANT WOMEN.

Panyupa Naosrisorn* Jiranya Phuangkaew** Jeeraphon Pengsawang** Jenjiraporn Wajanasiri**
Thanutchar Phooanee** Panrudee Saengram** Pakamas Chakkham** Panumas sritongtae**
Yaowaret Artittung** Wirote Butkaew**

Abstract

Purpose: The aim of this study was to compare the knowledge of childbirth preparation between a group of first-time pregnant women who received childbirth preparation through Line Official Account and the group who received conventional nursing care. Additionally, the study aimed to compare the knowledge of childbirth preparation before and after using the Line Official Account for childbirth preparation.

Design: Quasi-experimental research.

Methods: The study consisted of a sample group of first-time pregnant women with gestational age between 28 and 36 weeks. The sample group included 30 participants, who were divided into two groups: an experimental group (n=15), who received childbirth preparation through a Line Official Account and was instructed to use it at home for one week, and control groups (n=15), who received conventional nursing care. Data were collected using a demographic data form, an obstetric data form, and a knowledge test about preparation for childbirth. The Kuder Richardson's reliability index for the knowledge test was 0.73. Descriptive statistics, Mann-Whitney and Wilcoxon signed rank test were used to analyze the collected data.

Results: The experimental group had a higher level of knowledge about childbirth preparation than the control group. After the experiment, the experimental group showed an increase in knowledge about childbirth preparation compared to their pre-test scores, with a statistically significant difference at the .05 level.

Conclusion: The study found that using a childbirth preparation through Line Official Account resulted in increasing the knowledge among the first-time pregnant women. These results can be used to encourage pregnant women to seek out knowledge about childbirth preparation on their own.

Keywords: Childbirth Preparation, First-time Pregnant Women, Knowledge of Childbirth Preparation, Line Official Account.



บทนำ

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตของสตรีทุกคน ซึ่งทุกคนรอบคร้วมีความคาดหวังให้มารดาผ่านกระบวนการคลอดไปได้อย่างปลอดภัยและคลอดทารกที่แข็งแรง โดยการคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มทารก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูก¹ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด สตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเริ่มจากการที่กล้ามเนื้อมดลูกหดตัว เกิดการเปิดขยายของปากมดลูก มีการผลักดันให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำเข้าสู่อุ้งเชิงกราน และการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแต่ละครั้งจะทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปที่มดลูกลดลง เกิดภาวะกล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนชั่วคราว และเกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดตามมา² นอกจากนี้การเปิดขยายของปากมดลูกจะส่งสัญญาณความปวดไปยังเส้นใยประสาทบริเวณท้องน้อย (Hypogastric plexus) เข้าสู่เส้นประสาทไขสันหลัง T10 – T12 และ L1 เกิดการดึงรั้งอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ส่งผ่านความปวดไปยังบริเวณหลังและหน้าขาของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อสภาพจิตใจ การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ตามมา โดยการรับรู้ความเจ็บปวดดังกล่าวจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับ ความรู้ ความคิด และความเข้าใจของแต่ละบุคคล²⁻³

การที่สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้มากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ความพร้อมของปากมดลูก ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ความกลัว ความเครียด และประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดในครั้งก่อน⁴ โดยสตรีตั้งครรภ์แรกที่ไม่เคยผ่านการคลอดหรือไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จะมีความเครียดและวิตกกังวลในระยะคลอดมากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว เนื่องจากยังขาดความมั่นใจ ขาดการเตรียมความพร้อม และความรู้ในการคลอด⁵ ซึ่งความรู้ที่นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับสถานการณ์เจ็บปวดเมื่ออยู่ในระยะคลอดได้ หากสตรีตั้งครรภ์แรกไม่ได้รับการเตรียมตัว

คลอดจะส่งผลทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอด และการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ มีการจินตนาการในเรื่องของการคลอดในทางที่มักกลัว รู้สึว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัวอาจทำให้เกิดอันตราย และคุกคามต่อความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์เอง จึงเกิดความตื่นเครียดภายในร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดเมื่อคลอดได้⁴⁻⁶ จะเห็นได้ว่าการเตรียมความรู้ในการคลอด เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับสตรีตั้งครรภ์แรกได้เป็นอย่างดี นอกจากจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการเตรียมตัวคลอดมากขึ้น ยังส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสามารถของร่างกายตนเอง ช่วยให้สามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสมเมื่ออยู่ในสถานการณ์ของการคลอด และช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางที่ดี⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมและปัญหาเบื้องต้นที่ผู้วิจัยพบระหว่างสอนภาคปฏิบัติพบว่า การเข้าถึงข้อมูลในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมคลอดแก่สตรีตั้งครรภ์นั้นยังไม่ทันสมัย มีการเข้าถึงได้ยาก และมีความน่าสนใจน้อย ไม่สามารถดึงดูดความสนใจของสตรีตั้งครรภ์ได้ ในการศึกษาหรือทบทวนข้อมูล มีเพียงการนำเสนอในรูปแบบของข้อความเพียงอย่างเดียว ถ่ายทอดเป็นหนังสือหรือคู่มือ ซึ่งยากต่อการพกพาไปยังสถานที่ต่างๆ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งในปัจจุบันถือว่าเป็นยุคแห่งเทคโนโลยี และโทรศัพท์มือถือจัดว่าเป็นอุปกรณ์สื่อสารที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย จากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมในปี 2563 พบว่า ประชาชนมีการใช้โทรศัพท์มือถือแบบ Smart Phone ร้อยละ 86.4 ซึ่งเพศหญิงมีการใช้โทรศัพท์มือถือถึงร้อยละ 94.5 และใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 76.8 กิจกรรมที่ใช้นอกเหนือจากการโทรออกและรับสายเข้าเป็นหลักแล้ว รองลงมาใช้บริการส่งข้อความ Messenger และ Line ร้อยละ 72.2



จะเห็นว่าเทคโนโลยีบนโทรศัพท์มือถือได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ใช้ได้ทุกที่ ทุกเวลา และมีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ เสมอ จากการทบทวนวรรณกรรมประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์พบว่า มีการพัฒนาการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ในการใช้เทคโนโลยีแบบต่างๆ ดังนี้ การใช้แอปพลิเคชันในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ การใช้ Facebook และ Application Line ในการการสอนโรงเรียนพ่อแม่⁸⁻¹⁰ ซึ่งงานวิจัยข้างต้นที่กล่าวนั้นเป็นการให้ความรู้โดยใช้เนื้อหาภาพ และวีดิทัศน์ ผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแลไม่สามารถตอบกลับหรือสื่อสารกันทั้งสองทางได้ ไม่สามารถประเมินความผิดปกติและแปลผลข้อมูลของตนเองได้ บาง Application ยังเข้าใช้งานได้ยาก อีกทั้งยังไม่มีการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด ซึ่งนับว่าเป็นความรู้ที่สำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์แรก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account ต่อความรู้ในการเตรียมตัวคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ซึ่งการประยุกต์ใช้ Line Official Account นั้นนอกจากจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจแล้ว Line Official Account ยังมีฟังก์ชันในการใช้งานที่หลากหลายสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่าย ผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถโต้ตอบกันได้ทั้งสองทางทั้งแบบข้อความตอบกลับอัตโนมัติและข้อความจากผู้ให้บริการเอง มีวีดิทัศน์ที่สามารถฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้านได้ อีกทั้งยังสามารถประเมินความผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังและแปล

ผลได้ทันที เป็นอุปกรณ์เหมาะสมที่ช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีแนวทางในการปฏิบัติตนในการเตรียมคลอดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ได้มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับสตรีตั้งครรภ์ที่สะดวก และง่ายขึ้นด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การเรียนรู้ที่จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน ให้บุคคลมีความรู้ เกิดความจำ เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ โดยแบ่งการเรียนรู้เป็น 3 ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ครอบคลุมการส่งเสริมด้านสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมด้านจิตใจ ค่านิยม ความรู้สึก ครอบคลุมการส่งเสริมให้เกิดความสนใจ เพื่อนำไปสู่ความเต็มใจ ยินยอม และพอใจที่จะดูแลตนเอง และด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท ที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้ ครอบคลุมการส่งเสริมให้มีตัวแบบที่สนใจ ให้กระทำตามแบบ แล้วจึงเกิดความพยายามฝึกตามแบบซ้ำ จนเกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องการเตรียมตัวคลอดนั้นสามารถเชื่อมโยงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยสรุปได้ดังแผนภาพที่ 1



การเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account

- ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์จริง การเตรียมตัวก่อนคลอด การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ และการหายใจเพื่อบรรเทาความปวด
- ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) ได้แก่ การใช้รูปแบบเนื้อหา ภาพ วิดีทัศน์ ใน Line Official Account ให้เกิดความรู้สึกที่นำเสนอ น่าเรียนรู้ และนำไปใช้งาน
- ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) ได้แก่ มีวิทัศน์และต้นแบบในการฝึกการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ และการหายใจเพื่อบรรเทาความปวด ให้ได้ฝึกด้วยตนเองที่บ้าน และสามารถฝึกได้ซ้ำตามที่สตรีตั้งครรภ์ต้องการ เพื่อเตรียมความพร้อมในการคลอด



ความรู้ในการเตรียมตัวคลอด

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการเตรียมตัวคลอดของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการเตรียมตัวคลอดของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ของสตรีตั้งครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. ความรู้ของสตรีตั้งครรภ์แรกหลังได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account มากกว่าก่อนได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ไม่เคยคลอดบุตร อายุครรภ์ตั้งแต่ 28-36 สัปดาห์
2. วางแผนในการคลอดแบบปกติตามแผนการรักษ
3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี



4. การมองเห็นและการได้ยินปกติ
5. สตรีตั้งครรภ์มีโทรศัพท์ Smart phone และใช้ Application Line

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีข้อจำกัดในการใช้โทรศัพท์และ Application Line เช่น โทรศัพท์ใช้งานไม่ได้ ไม่มีอินเทอร์เน็ต เข้าใช้ Application Line ไม่ได้

เกณฑ์การยุติของกลุ่มตัวอย่าง (Terminal criteria)

1. ระหว่างเข้าร่วมวิจัยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด
2. ติดตามไม่ได้หรือย้ายที่ฝากครรภ์
3. ระหว่างเข้าร่วมวิจัยมีการคลอดก่อนกำหนดคลอด (ในช่วง 28-36 สัปดาห์)
4. ขอลงตัวออกจากการศึกษาวิจัย

ในการยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งและอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการประจำแผนก

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power program คำนวณได้จากงานวิจัย ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้และการปฏิบัติในการเตรียมตัวคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกในไตรมาสที่ 3 ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชลบุรี ได้ค่าอิทธิพล 1.06 เมื่อคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 12 คน รวมทั้งหมด 24 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) คณะผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มละ 15 ราย รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 30 ราย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การเตรียม

ตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากทฤษฎีของ Bloom ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นเนื้อหา ภาพ และวิดีโอที่บันทึกบน Line Official Account มีทั้งสิ้นจำนวน 6 ตัวเลือก ดังนี้

- ตัวเลือกที่ 1 แบบให้ความรู้ ประกอบไปด้วย เนื้อหาและภาพสำหรับให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ เรื่อง การเจ็บครรภ์จริง การเตรียมตัวก่อนคลอด การออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ การหายใจเพื่อบรรเทาความปวด
- ตัวเลือกที่ 2 สื่อวิดีโอ ประกอบไปด้วยวิดีโอที่แสดงการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อและการหายใจเพื่อบรรเทาความปวด

- ตัวเลือกที่ 3 ตรวจสอบอาการเจ็บครรภ์จริง จะปรากฏข้อความอัตโนมัติของแบบประเมินเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์จริงซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ ที่สตรีตั้งครรภ์สามารถประเมินด้วยตนเอง หากผลการประเมินพบว่า เป็นอาการเจ็บครรภ์จริงก็จะแสดงหน้าจอแจ้งเตือนให้ไปโรงพยาบาลทันที แต่ถ้าแปลผลว่าเป็นอาการเจ็บครรภ์เตือนก็จะแสดงผลคำแนะนำที่เป็นข้อปฏิบัติในการดูแลตนเองให้แก่สตรีตั้งครรภ์ได้อ่าน

- ตัวเลือกที่ 4 ตรวจสอบอาการสำคัญที่ควรรับมาโรงพยาบาล จะปรากฏข้อความอัตโนมัติแบบประเมินเกี่ยวกับอาการสำคัญที่ควรรับมาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่ หากสตรีตั้งครรภ์เลือกคำตอบว่า "ใช่" จะแสดงรูปภาพอัตโนมัติที่แสดงข้อความรับไปโรงพยาบาลทันที หากสตรีตั้งครรภ์เลือกคำตอบว่า "ไม่" จะแสดงแบบประเมินข้อถัดไป ถ้าสตรีตั้งครรภ์เลือกคำตอบว่า "ไม่" ทั้งหมด จะแสดงข้อความอัตโนมัติให้คำแนะนำในการดูแลตนเองตามปกติ และสังเกตอาการผิดปกติดังกล่าวอย่างใกล้ชิด

- ตัวเลือกที่ 5 ตัวเลือกเบอร์โทรฉุกเฉิน จะแสดงข้อความอัตโนมัติเบอร์โทรศัพท์ที่สตรีตั้งครรภ์สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

- ตัวเลือกที่ 6 ติดต่อเรา จะปรากฏช่องทางสนทนากับคณะผู้ทำวิจัย ซึ่งผ่านระบบ LINE Official Account นี้ โดยสตรีตั้งครรภ์สามารถพิมพ์สิ่งที่ต้องการสอบถามได้ที่



โดยตัวอย่างฟังก์ชันต่างๆ ในการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account แสดงในภาพที่ 2

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account ตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหาและการใช้ฟังก์ชัน Line Official Account ที่เหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง



แผนภาพที่ 2 แสดงหน้าจอแสดงผลการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถิติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะของครอบครัว ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ การฝากครรภ์ คุณภาพ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด

2.2 ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย อาการเจ็บครรภ์จริง การเตรียมตัวก่อนคลอด อาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล การออกกำลังกายยืดกล้ามเนื้อ และการหายใจเพื่อบรรเทาความปวด จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบทดสอบแบบถูกผิด (True-False Test) ที่กำหนดตัวเลือก 2 ตัวเลือก ใช่-ไม่ใช่ หากตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ใช้วิธีการแบ่งระดับความรู้แบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom¹³ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80-100 มีความรู้ระดับ

มาก คะแนนร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 0-59 มีความรู้ระดับน้อย ผู้ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ถือว่าผ่านเกณฑ์

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 0.91 จากนั้นนำไปหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนครพนม รหัส NP-EC11-No. 28/2563 หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยความสะดวกและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม และในการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบ



ถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการหรือการรักษาแต่อย่างใด รวมทั้งชี้แจงว่า ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมลงในแบบฟอร์มใบยินยอมเพื่อแสดงความสมัครใจ

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสถิติกรรม และให้ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวทดลอง เพื่อก่อนได้รับการเตรียมตัวทดลองโดยใช้ Line Official Account

3. การทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเตรียมตัวทดลองโดยใช้ Line Official Account ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 กลุ่มทดลอง ได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยในการเตรียมตัวทดลองโดยใช้ Line Official Account ดังนี้

- ผู้วิจัยตรวจสอบการใช้งานของ Application Line ของกลุ่มทดลองให้พร้อมใช้งาน

- แจ้งให้กลุ่มทดลองเข้ารับการเตรียมตัวทดลองโดยใช้ Line Official Account ได้จากการเพิ่มเพื่อนในรูปแบบ QR Code Line

- ผู้วิจัยแนะนำวิธีการเข้าใช้ในตัวเลือกต่างๆ ของ Line Official Account ทั้ง 6 ตัวเลือก และเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามข้อสงสัย

- แนะนำให้กลุ่มทดลองกลับไปใช้การเตรียมตัวทดลองโดย Line Official Account ในการดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และแนะนำให้กลุ่มทดลองศึกษาความรู้จาก Line Official Account เพียงแหล่งข้อมูลเดียว หลีกเลี่ยงปรึกษาผู้รู้ อ่านหนังสือ หรือเข้าศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ในระหว่าง 1 สัปดาห์นี้

3.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และได้รับคำแนะนำรายไตรมาส

4. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) เมื่อครบ 1 สัปดาห์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้ารับการฝากครรภ์อีกครั้ง โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวทดลอง

เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลและไม่ให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ศึกษา ส่วนการทดสอบสมมติฐานไม่สามารถใช้สถิติ ANCOVA ได้ เนื่องจากลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ดังนั้น จึงทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการเตรียมตัวทดลองของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบความรู้ในการเตรียมตัวทดลองก่อนและหลังการทดลองตามลำดับ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 24.78 ปี และ 25.18 ปี กลุ่มทดลองสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา



อนุปริญญา ปริญญาตรี และไม่ได้รับการศึกษา เท่าๆ กัน (ร้อยละ 25) กลุ่มควบคุมสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 20) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 66.67) ส่วนกลุ่มควบคุมว่างงาน (ร้อยละ 33.33) รองลงมาคือ ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 26.67) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 66.67 และ ร้อยละ 73.33 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 66.67 ส่วนกลุ่มควบคุมมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายเท่าๆ กัน (ร้อยละ 46.67 และ ร้อยละ 53.33 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 93.33 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ) ทั้งสองกลุ่มเข้ารับการฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์ทุกครั้ง (ร้อยละ 100) กลุ่มทดลองครึ่งหนึ่งเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเตรียม

คลอด (ร้อยละ 46.67) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมคลอด (ร้อยละ 53.33)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสูติกรรม และความรู้ก่อนได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 15$) และกลุ่มควบคุม ($n = 15$)

กลุ่ม	Sum Rank	Mean Rank	Mann-Whitney U value	p
กลุ่มทดลอง	121.50	22.90	1.50	.000
กลุ่มควบคุม	343.50	8.10		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรกกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ($n = 15$)

	Mean	S.D.	Z	p
ก่อนทดลอง	6.73	.96	-3.42	.002
หลังทดลอง	10.93	1.48		



การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความรู้ของสตรีตั้งครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้รับการเรียนรู้ที่มีจุดมุ่งหมาย มีการเตรียมตัวที่ชัดเจนแน่นอนจากการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account ที่มีลักษณะเป็นเนื้อหา ภาพ และวิดีโอ เกี่ยวกับเรื่องอาการเจ็บครรภ์จริง การเตรียมตัวก่อนคลอด อาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล การบริหารร่างกายโดยยืดกล้ามเนื้อ และการหายใจเพื่อบรรเทาความปวด มีความน่าสนใจ สะดวกในการใช้งาน และสามารถเปิดเข้าใช้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ตามที่ Bloom ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน และได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมการเรียนรู้ไว้ 3 ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย¹¹ ซึ่งประยุกต์ใช้ในการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account ในแต่ละฟังก์ชัน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้และการปฏิบัติในการเตรียมตัวคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกไตรมาสที่ 3 ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชลบุรี โดยมีการใช้สื่อการสอนภาพนิ่ง (Power point) คู่มือการเตรียมตัวคลอด การให้สตรีตั้งครรภ์สาธิตย้อนกลับวิธีบรรเทาอาการเจ็บครรภ์เมื่อคลอด การให้สัญญาณใจต่อกัน ให้สมาชิกกลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และพาชมห้องคลอดโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวคลอด มีความรู้และการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

2. ความรู้ของสตรีตั้งครรภ์แรกหลังได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account มากกว่าก่อนได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยใช้ Line Official Account โดยหลังการทดลองสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้รับการเรียนรู้ที่มีเนื้อหาและรูปภาพความรู้อิงเกิดการทำงานของกระบวนการด้านสมองที่เป็นความสามารถเกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความจำ อีกทั้งยังมีตัวเลือกในเมนูของ Line Official Account ที่สตรีตั้งครรภ์สามารถตรวจสอบอาการเจ็บครรภ์จริงด้วยตนเองได้ เกิดความเข้าใจ สามารถบ่งบอกใจความสำคัญของเรื่องราวที่ได้ศึกษาโดยการแปลตีความ และสรุปใจความสำคัญได้จากการประเมินตนเองหลังอ่านและชมเนื้อหาข้อความและภาพ ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดการพัฒนาทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด การวิเคราะห์ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการนำไปใช้¹¹⁻¹² อีกทั้งมีวิดีโอที่แสดงการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อสำหรับสตรีตั้งครรภ์เพื่อเตรียมตัวคลอด ที่อยู่ในตัวเลือกเมนูของ Line Official Account เป็นต้นแบบให้สตรีตั้งครรภ์ได้ศึกษาและปฏิบัติตามเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการที่มีการแสดงออกทางด้านร่างกาย¹³⁻¹⁵ สามารถฝึกปฏิบัติตามเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ทุกที่ ทุกเวลาที่ต้องการ ตามความเต็มใจและพอใจของสตรีตั้งครรภ์ เมื่อสตรีตั้งครรภ์รู้สึกพอใจ ผ่อนคลาย ร่างกายจะหลั่งนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ส่งผลต่อการเรียนรู้ในการเตรียมตัวคลอดและมีความพร้อมในการคลอดต่อไป¹³ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการใช้สื่อวิดีโอเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ให้สตรีตั้งครรภ์บันทึกวีดิทัศน์ถ่ายทอดผ่านตัวละคร ภาพประกอบคำอธิบายสั้นๆ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์หลังชมวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนชมวีดิทัศน์ และมีความพึงพอใจต่อสื่อ วีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด⁹ และการศึกษาประสิทธิภาพของ



โปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ให้สตรีตั้งครรภ์ศึกษาความรู้จากกลุ่มปิด Facebook และกลุ่มปิดของ Line โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และชมวิดีโอที่สนใจเรื่องการรับประทานยาบำรุง การรับประทานอาหาร ความเครียดกับพัฒนาการทารกในครรภ์ และการดูแลสุขภาพช่องปาก สัปดาห์ละ 1 เรื่อง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้น 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลสามารถพัฒนาต่อยอดรูปแบบการให้ความรู้และการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ทันสมัย และเข้าถึงได้ง่ายจาก Line Official Account เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้ดูแลตนเองที่บ้านและตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้ทันที
2. สามารถพัฒนาในงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ไปยังสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ต้องเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด เป็นต้น
3. สามารถพัฒนารูปแบบของการใช้งานให้มีความน่าสนใจ และเพิ่มคุณสมบัติให้สะดวกต่อการใช้งานมากขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ รวมทั้งผู้อำนวยการ และบุคลากรแผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลนครพนม ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, Ashwill JW. Maternal child nursing. 5th ed. Canada: Elsevier Saunders; 2018.
2. Leifer G. Introduction to maternity and pediatric nursing. 7th ed. St. Louis MO: Elsevier; 2015.
3. Dick – Read G Revised and Edited by Helen and Harian F. Eliss. Child birth without fear. New York: Harpe & Row; 1984.
4. Tanrat Y, Suppasri P, Suppaseemanont W. Effects of Labour pain Coping enhancement Program on Pain scores and Perceived childbirth experiences in Primiparous mothers. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(2):64-72. (in Thai)
5. Samankasikorn W, Chatchawet W, Kritcharoen S, Chungpaibulpatana W, Boonsin K. Effect of childbirth preparation model on childbirth experience for primipara and their supporters. Songklanagarind Journal of Nursing 2016;36(1):99-114. (in Thai)
6. Hanwet P. Development of video media for maternity preparation at Roi Et Hospital. Khonkaen: Khonkaen University; 2014. (in Thai)
7. Chunarom N, Toyang S. Effects of childbirth on knowledge and practice preparation program in 3rd trimester first pregnant women, Attending Antenatal Care in Chonburi Hospital. Temple University Hospital Journal 2019;4(3):11-26. (in Thai)



8. Budsangdee B, Chankhao Ch. Effect of Using an Application for Enhancing Childbirth Self-efficacy to Cope with Labor Pain and Perception of The Childbirth Experience of Nulliparous Pregnant Adolescents. Thai Red Cross Nursing Journal 2021; 14(1): (in Thai) 241-55
9. Pornsaen S, Hankla S. The VDO Media Using to Promote Food Consumption Behavior of Pregnant Women in ANC clinic, Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province. Mahasarakham Hospital Journal 2021;18(2): (in Thai) 97-104
10. Kosittanasan S, Piyawattanapong W, Sankijta N, Mapajuk A. The Effectiveness of Antenatal Education Program via Social media on Primigravida, Health Promoting Hospital HPC 7 Khonkaew. Journal of Regional Health Promotion Centre 7 KhonKaen 2020;13(1): 48-58.
11. Bloom B, Englehart M, Furst E, Hill W, Krathwohl D. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. Green Co: New York; 1956.
12. Jeamsawat T. The effects of using bilingual childbirth preparation handbook (Burmese-Thai) on intrapartum behaviors among Myanmar pregnant women. Master of Nursing Science (midwifery), Songkla : Prince of Songkla University 2015. (in thai)
13. Kothiya K. Phumdoung S, kritcharoen S. The effects of physical exercise program on low back pain during Pregnancy. Songkla Med J. 2012;30(5):243-53
14. Bloom B. Learning for mastery. Center for the study of evaluation of instructional programs. Evaluation comment 1968;1(2):1-12.
15. Powers SK, Howley ET. Exercise physiology: theory and application to fitness and performance. 6th ed. New York: McGraw-hill; 2007.



บทความวิจัย

ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ชนินาถ ข่านาญตี^{1*} จิราพร เกศพิชญวัฒนา^{2**}

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

วิธีการดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการรักษาและอยู่ในระยะที่ไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อจำนวน 16 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกภาคสนามและการบันทึกเสียงสนทนา ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามวิธีการของโคไลซี

ผลการวิจัย: อธิบายประสบการณ์ของการเจ็บป่วยเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์การรับรู้อาการเจ็บป่วย เริ่มแรกไม่ได้คิดว่าตนจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อต้องเจ็บป่วยจึงทำให้พบกับความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ โดยจะมีอาการเหนื่อยมาก หายใจไม่ออก และเมื่อได้รับการรักษาแล้วพบว่าหลังจากการเจ็บป่วยร่างกายไม่เหมือนเดิม 2) ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษา ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนโชคดีที่เข้าถึงการรักษาแต่รู้สึกไม่ชินกับการรักษาที่ได้รับ ถูกจำกัดให้อยู่แต่ห้อง ทำกิจกรรมคนเดียวและได้รับการดูแลผ่านกล้องวงจรปิดและพูดคุยผ่านลำโพงจึงทำให้ขาดสัมพันธภาพกับผู้ดูแล 3) หลากอารมณ์ หลายความรู้สึกภายในใจ รู้สึกกังวล กลัวว่าจะไม่รอด เมื่อได้รับการรักษาก็รู้สึกท้อแท้ โดดเดี่ยว เนื่องจากต้องอยู่คนเดียวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ แต่อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปล่อยวาง ยอมรับและเข้าใจสภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น 4) ประสบการณ์ในการกลับเข้าสู่สังคม ภายหลังที่หายจากการเจ็บป่วย พบว่าถูกรังเกียจจากคนรอบข้างมีเพียงคนใกล้ชิดที่ให้ความสนใจ แต่อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตนเองในการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

สรุป: ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลแบบเป็นองค์รวมที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ประสบการณ์การเจ็บป่วย/ปรากฏการณ์วิทยา/ผู้สูงอายุ/โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์, E mail : wattanaj@yahoo.com



ILLNESS EXPERIENCES OF OLDER PERSONS INFECTED BY CORONAVIRUS 2019

Chaninat Chamnandee^{1*} Jiraporn Kespichayawattana^{2**}

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnannisattaphat Building, Pathum Wan, Bangkok Thailand 1033

Purpose: This research aimed to study illness experiences of older persons infected by Coronavirus 2019

Design: Qualitative Descriptive phenomenology Methodology

Methods: Participants in this study were 16 older persons who have infected by Coronavirus 2019.

Data collection was conducted using in depth interview guideline, observation, field note and tape recorder. The data were content-based using the Colaizzi method for analysis.

Result: According to the research findings, the illness experiences of older persons infected by Coronavirus 2019 could be generated into four major themes as follows: 1) Perception of the illness experience Initially, the elderly did not think they would contract the coronavirus disease. When they fell ill, they experienced discomfort both physically and mentally, with symptoms such as fatigue and shortness of breath. After being treated, they found that their health was not the same as before. 2) Admission experience. The elderly felt fortunate to have access to treatment, but they felt uncomfortable being confined to the activity room and being supervised through CCTV and loudspeakers. This resulted in a lack of a relationship with caregivers. 3) Various emotional responses in psychological well-being. There were many emotions and feelings that arose during the illness, including worry and fear of not surviving. After receiving treatment, they felt lonely because they had to be isolated to prevent the spread of infection. However, the illness also made the elderly feel empowered and gain a better understanding of their condition as they grew older. 4) Experience with social reintegration after recovering from the illness. After recovering, the elderly found that they were avoided by those around them, and only those close to them offered encouragement. Being ill in a situation with the spread of infectious diseases caused the elderly to adjust their lifestyle to prevent infection.

Conclusion: Findings helped further understanding about illness experiences of elderly persons infected by Coronavirus 2019. The results of this study could be implemented as baseline data for managing illnesses of the elderly with Coronavirus 2019 and improve holistic care.

Keyword: Illness Experiences, Phenomenology, Older Persons, Coronavirus 2019

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2023, 35(1) : 51-64

Article info: Received December 13, 2022 ; Revised March 22, 2023 ; Accepted April 12, 2023

* Student in Master of Nursing Science Program, faculty of nursing, Chulalongkorn university.

** Corresponding author, Associate Professor, Gerontological Nursing. faculty of nursing, Chulalongkorn university
Thesis-Advisor. Borommaratchachonnannisattaphat Building, Pathum Wan, Bangkok Thailand 1033 Thesis-
Advisur E-mail: wattanaj@yahoo.com



บทนำ

ช่วงต้นเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งแรกที่นครอู่ฮั่น ประเทศจีน และมีการแพร่กระจายตัวไปยังภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก เกิดการระบาดใหญ่ (Pandemic) สำหรับประเทศไทยพบว่าการแพร่ระบาด ตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม 2563 จนถึงปัจจุบันโดยในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อมากกว่า 170,861 คน¹ เนื่องจากสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว โดยมีระยะฟักตัวของโรค 1-14 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงอาการป่วยประมาณ 5 วันหลังได้รับเชื้อ² การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลทำให้การเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง และมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพทำให้ต้องปรับตัวเพื่อสร้างมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งผลกระทบจากโรคนี้หากได้รับการติดเชื้อจะส่งผลรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรัง³

สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัย โดยผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับเชื้อจากคนใกล้ชิดแต่ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคเพิ่มสูงขึ้น⁴ ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวร่วมด้วยและเกิดการเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีอาการรุนแรงเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในการต่อสู้กับเชื้อโรคลดลงจึงส่งผลต่อพยาธิสภาพหลายระบบ (multiple pathology) โดยเชื่อดังกล่าวทำลายระบบทางเดินหายใจโดยตรง ในผู้สูงอายุมักพบภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย ทำให้การดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางแย่ลง จนทำให้เกิดภาวะวิกฤต ซึ่งการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยจะค่อยๆ ดำเนินอย่างช้า ๆ อาการแสดงจะไม่ชัดเจน (Atypical presentation)

ลักษณะที่แสดงออกทางกายของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 นั้น มีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่น บางรายในผู้สูงอายุมีไข้หรือไม่ก็ไม่ได้⁵ มีอาการไอ เกิดภาวะหายใจลำบาก ร่างกายอ่อนเพลีย มีภาวะสับสน อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ร่วมกับผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว⁷ เช่น โรคความดันโลหิตสูง

โรคไต โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เข้าสู่ภาวะวิกฤตและเสียชีวิตได้ง่าย⁸ ลักษณะผู้สูงอายุที่ติดเชื้อมีทั้งแบบไม่แสดงอาการและแสดงอาการ อาการที่แสดงออกทางคลินิกมีตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง บางรายอาจถึงแก่ชีวิต และมักพบภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS) มีความจำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ⁹ ลักษณะคลินิกอาการแสดงของโรคในผู้สูงอายุนั้น มักไม่จำเพาะเจาะจงซึ่งจะแตกต่างจากการติดเชื้อในวัยอื่น ๆ¹⁰ การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการรักษาตามอาการ ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความตระหนัก ใส่ใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายยังส่งผลกระทบต่อจิตใจเนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคอุบัติใหม่และมีอัตราการแพร่กระจายเชื้อสูง ซึ่งผู้ป่วยที่ติดเชื้อต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวและถูกจำกัดการเข้าเยี่ยม เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ⁵ เกิดภาวะเครียด รู้สึกแปลกแยก และมีความสับสน กลัว วิตกกังวล¹¹ เกิดอารมณ์ท้อแท้และสิ้นหวัง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล¹² นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดตรบาปภายในจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับติดเชื้อชนิดนี้¹³

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ข้อมูลเชิงลึกที่อธิบายประสบการณ์การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ^{6-8,10} พบว่าการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อร่างกาย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมร่วมด้วย¹¹⁻¹³ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศอาจมีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ทศนคติ บริบททางสังคม อย่างไรก็ตามวรรณกรรมในประเทศไทยไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนและครอบคลุมถึงประสบการณ์ ดังนั้นการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเข้าใจมุมมองปัญหาในการเผชิญความเจ็บ



ป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองเชิงลึกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสภาวะถดถอยของร่างกาย จะนำไปสู่การอธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลที่ได้สามารถบรรยายได้อย่างครอบคลุม เกิดความเข้าใจในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นองค์รวม โดยใช้เป็นแนวทางในการดูแล ปฏิบัติการพยาบาล ได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study) ของ Edmund Husserl (1857-1938) ศึกษาประสบการณ์ด้วยการค้นหาโดยตรง (Direct exploration) เพื่อทำความเข้าใจตามการรับรู้ของบุคคล สะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคลสามารถนำมาซึ่งข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นแก่นแท้ของสิ่งที่ต้องการ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปบรรยายให้ผู้อื่นเข้าใจ ไม่ใช่ทฤษฎีใดๆ ในการควบคุมการวิจัย แต่มีการทบทวนแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การเตรียมเนื้อหาสำหรับผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยใช้กระบวนการจัดรอบความคิดความรู้ที่มีอยู่เดิมไว้กับตนเอง (bracketing) เพื่อทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งตามความเป็นจริง

ผู้ให้ข้อมูล (Participants) ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจะมีโรคร่วมหรือไม่ก็ได้ เคยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยจะประสานงาน

กับพยาบาลที่หน่วยติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (continuing care) ซึ่งทำหน้าที่ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย เพื่อขอคำชี้แนะแนวทางเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ คัดเลือกมาอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ช่วงอายุ 61-86 ปี โดยจะมีโรคร่วมหรือไม่ก็ได้ เคยมีประวัติการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีผลการตรวจ Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) เป็น Detected หมายถึง เคยได้รับการติดเชื้อ และเคยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งปัจจุบันได้หายจากการเจ็บป่วย มีความยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยตัวผู้วิจัยและเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยหมายเลขรหัสผู้ให้ข้อมูล อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว 2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและนำไปสัมภาษณ์ในผู้สูงอายุจำนวน 3 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วจึงนำแนวคำถามที่ปรับแล้วไปสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลรายถัดไป เป็นแนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นลักษณะปลายเปิด ที่มีความยืดหยุ่น ยกตัวอย่างเช่น “ช่วยเล่าเกี่ยวกับอาการไม่สบายด้วยโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่ทำให้ต้องได้รับการรักษาให้พียงหนอยนะคะว่าเป็นอย่างไรบ้างคะ... อาการเริ่มแรกเป็นเช่นไรบ้างคะ” “ตอนช่วงแรกที่คุณทราบว่าตนเองติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ตอนนั้นคุณรู้สึกอย่างไรบ้างคะ” เป็นต้น 3) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกรายละเอียดของการสัมภาษณ์ บรรยายภาค 4) การสังเกต (observation) โดยการสังเกตท่าทาง การแสดงอารมณ์ร่วม และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลขณะที่ทำการสัมภาษณ์ 5) แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น ยกตัวอย่างเช่น 01. เหนื่อยง่าย 02. จิตใจห่อเหี่ยว เป็นต้น



การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการสนามการวิจัยและขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้ให้ข้อมูล คำนึงถึงความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัวและเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด ซึ่งเอกสารรับรองโครงการผ่านการอนุมัติเรียบร้อย เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2564 รหัสโครงการ 962/2021

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากโครงร่างการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานติดต่อเจ้าหน้าที่ (Gatekeeper) เพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลให้แก่ผู้ประสานงาน หลังจากที่ได้ผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงประสานไปยังผู้ให้ข้อมูลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลกำหนดวันนัดหมาย เวลา และสถานที่ตามความสะดวก ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้เวลาประมาณ 27-64 นาที ทำการสัมภาษณ์คนละ 1-2 ครั้ง โดยมีการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ทั้งหมด 6 ราย ในระหว่างที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีการแพร่กระจายอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลบางรายเลือกวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือการสื่อสารออนไลน์ (Video Calling) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวคือไม่มีข้อมูลหรือประเด็นใหม่เพิ่มเติมเป็นเวลา 7 เดือน (มกราคม-กรกฎาคม 2565) จากผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งหมด 16 ราย เป็นเพศชาย 6 รายและเพศหญิง 10 ราย อายุเฉลี่ย 71 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยดำเนินการดังนี้วิเคราะห์ข้อมูล ตามวิธีของ Colaizzi¹⁴ อ้างถึงใน Streubert & Carpenter¹⁵ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ ออกมาเป็นบทสนทนาตัวอักษร พิมพ์บันทึกการสนทนาซ้ำ เพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหา กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลักออกมาเพื่อให้รหัสข้อมูลแยก ตั้งข้อมูลที่สำคัญและจัดประเด็นที่สอดคล้องกันไว้ด้วยกัน เขียนอภิปรายประเด็นเป็นความเรียงให้มีความละเอียดชัดเจน ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ตามเกณฑ์การพิจารณาของ Guba and Lincoln(1989)¹⁶ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล มีการวางแผนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดตรวจสอบได้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านจำนวน 8 ราย และทำการตรวจสอบผลการวิเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในบริบทและช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพราะฉะนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยไม่สามารถไปอ้างอิงกับประชากรกลุ่มอื่น แต่จะนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ครบคลุม

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยอย่างมีขั้นตอน มีการนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเชื่อมโยงจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกต ร่วมกับเขียนบันทึกภาคสนาม รายละเอียดข้อมูลที่วิเคราะห์ตรวจสอบจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ



4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) จัดเก็บและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบตรวจสอบได้ มีการจดบันทึกความคิด ความรู้สึก เพื่อใช้ในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริง ใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด สามารถนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นต่างๆ อย่างชัดเจน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้สูงอายุที่เคยเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งสิ้น 16 ราย อยู่ระหว่างช่วงอายุ 61-86 ปี โดยผู้ให้ข้อมูลมีความแตกต่างกันในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน เช่นบางรายมีโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจ ร่วมด้วย เป็นต้น ระลอกที่ได้รับการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงระลอกที่ 3-5 (ช่วงเดือนเมษายน 2564-มกราคม 2565) โดยมีผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 คน ได้รับวัคซีน 1 เข็ม จำนวน 1 คน ได้รับวัคซีน 2 เข็ม จำนวน 1 คน และได้รับวัคซีน 3 เข็ม จำนวน 4 คน การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ให้ข้อมูลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 4 ราย หอผู้ป่วยรวมโควิด 19 (cohort ward) จำนวน 10 ราย หอผู้ป่วยเดี่ยว (cohort ward single room) จำนวน 6 ราย โดยผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งหมด 4 ราย ได้เข้ารับการรักษาทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วย (cohort ward)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก และ 14 ประเด็นย่อย ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์การรับรู้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่รู้ว่าการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นได้อย่างไร ไม่รู้ว่ตนติดเชื้อมาจากแหล่งไหน ทำให้ต้องเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกาย ภายหลังจากรักษาในโรงพยาบาล ต้องใช้เวลาในการกลับมาพักฟื้น จึงรับรู้ได้ว่าร่างกาย ไม่แข็งแรง

ไม่ค่อยมีกำลังเหมือนก่อน ต้องใช้ระยะพักฟื้นเป็นเวลานาน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีประสบการณ์การรับรู้อาการเจ็บป่วย ดังนี้

1.1 อาการแรกเริ่ม ไม่ได้คิดว่าจะเป็น ไม่รู้ติดมาจากไหน ช่วงแรกๆ ที่มีอาการผิดปกติทางร่างกาย

“ไม่ได้คิดว่าจะได้รับการติดเชื้อ เนื่องจากไม่ได้ออกไปไหน อยู่แต่ในบ้าน อาการที่เกิดขึ้น คิดว่าเป็นไข้หวัดธรรมดา สักพักก็หาย บางคนก็คิดว่าเป็นจากโรคประจำตัว ปล่อยทิ้งไว้อาการเริ่มแยบบางคนอาการหนักแทบไม่รู้สีกตัว จึงมารักษาที่โรงพยาบาลถึงทราบว่าตนได้รับการติดเชื้อ ดังคำบอกเล่าที่ว่า”

“ผมคือเป็นแล้วแต่ไม่รู้ว่าเป็น ผมคิดว่าเป็นไข้ธรรมดาเราก็ไปซื้อยามากินเอง เราก็ไม่รู้เหมือนกัน”

“ติดจากไหน ถ้ารู้ตั้งแต่แรกแล้วรีบรักษาคงจะไม่อาการหนักเท่านี้ ... ตอนแรกไม่รักษาคือผมไม่รู้ ถ้าผมรู้ก็รีบไปแล้ว” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“ไม่ได้ไปไหน อยู่หน้าบ้านซื้อผักคนที่ขึ้นมาไม่ได้ไปตลาด ไม่ได้ไปไหน ... ยังบอกคุณหมออยู่เลยว่ารู้สึกเหมือนกรดไหลย้อน หมอบอก ไปตรวจปอดเลยตรวจว่าเป็นอะไร หมอบอกว่าเป็นโควิด ใจอยู่ตาตุ่มเลย... ทำไมเราต้องเป็น ไม่ได้ไปไหนเลย ไม่ทราบว่ามาจากไหน” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

1.2 เหนื่อยมาก แสบทนไม่ไหว ผู้ให้ข้อมูลมีอาการหายใจลำบากจนไม่สามารถหายใจเองได้ ซึ่งอาการเหนื่อยที่เกิดขึ้นนั้นผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงตั้งแต่ก่อนที่จะเข้ารับการรักษา ขณะเข้ารับการรักษา และภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาลก็ยังคงมีอาการเหนื่อย โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายพูดไปก็มีสีหน้าเปลี่ยนไป ใบหน้าเศร้าลงร่วมกับถอนหายใจเบา ดังคำบอกเล่าที่ว่า

การรับรู้การเหนื่อยก่อนเข้ารับการรักษา

“ตอนมามันมีอาการเหนื่อยมากเลย เหนื่อยมาก พอไอแล้วเหนื่อยเลย เดินแทบจะไม่ไหว มันเหนื่อย



พอถึงโรงพยาบาล ลงจากรถ หอบเหนื่อยเลยต้องเอารถมาขึ้น” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

การรับรู้การเหนื่อยขณะเข้ารับการรักษา

“พอเข้าไปในโรงพยาบาล หายใจไม่ออก ไข้ก็ไม่ลด ออกซิเจนมันได้แค่ 83-84 ขึ้นมา 90 มันก็ถอยลงมามาก อารมณ์เหมือนคนตกน้ำ หายใจไม่ออกนะ เหมือนคนจมน้ำ มันเหมือนมีอะไรมาดิ่งที่หัวใจ ... ปอดก็มีฝ้า หายใจก็ไม่ได้ เหนื่อยก็เหนื่อย” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

การรับรู้การเหนื่อยภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาล

“เราเดินจะเหนื่อย หรือก้มหยิบของแป๊บเดียว โนมัตัวลงไปหยิบของอะไรเนี่ย หยิบนานไม่ได้... เหนื่อย...เลยไม่ได้ออกกำลังกาย มันเหนื่อยง่าย ออกนิดหน่อยก็เหนื่อยแล้ว เหนื่อยต้องหยุดเลย หายใจไม่ทั่ว... เคยทำสวนได้ เดียวนี้ทำไม่ได้ เหนื่อยมาก” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

1.3 ร่างกายไม่เหมือนเดิม มีผลตามมายุหลังการเจ็บป่วย ทำให้ต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวนาน บางกิจกรรมที่เคยปฏิบัติได้ก็ไม่สามารถทำได้ นอกจากนี้ภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ยังมีอาการอ่อนเพลีย หลงลืม แขนขา อ่อนแรง ต้องใช้เวลานานเพื่อทำการฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาปกติ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เป็นคนชอบร้องเพลง พอไปร้องเพลงแล้วรู้สึกว่เสียงมันไม่สุดเหมือนเมื่อก่อน มันก็ไม่เต็มร้อย ... การทำงานปอดและหลอดลม มันก็ไม่เหมือนเมื่อก่อน มันรู้สึกว่ประสิทธิภาพมันไม่เหมือนก่อนที่เรา... และก็แขนขามันใช้งานได้ไม่ค่อยเหมือนเดิมเท่าไร คือนั่นก็มีปวดเมื่อย (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“บางทีความจำลู่ก็หลงๆลืมๆ... จากคนที่เคยเดินได้เป็นเดินไม่ได้ มันไม่มีแรง ก้าวไม่ออก ...มันไม่เหมือนปกติ ลูกขึ้นยืนยังขาสั่น...เดินไม่คล่อง ... มันไม่สะดวกเหมือนแต่ก่อน” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

ประเด็นที่ 2 ประสพการณ์ในการเข้ารับการรักษา การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่แปลกไป การเข้ารับการรักษาเปลี่ยนแปลงจากเดิม การเข้าถึงการรักษาต่างจากปกติทั่วไป ถูกจำกัดบริเวณให้แยกอยู่แต่ในบริเวณห้องบุคลากรทางการแพทย์ต้องอาศัยการสื่อสารกับ ผู้ป่วยโดยผ่านสื่อกลาง ทำให้ไม่คุ้นชินกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 รู้สึกโชคได้ เข้าถึงการรักษา จึงรอดตาย ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องพยายามหาช่องทางเพื่อที่จะได้เข้ารับการรักษาให้ทันเวลา เนื่องจากในช่วงเวลานั้นมีผู้เจ็บป่วยจำนวนมาก จึงเป็นสาเหตุให้ไม่ได้เข้ารับการรักษาจนเป็นเหตุให้ต้องเสียชีวิตที่บ้าน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลจึงรู้สึกว่ช่วงเวลานั้นเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ใจหาย เศร้า คิดว่ไม่รอดแน่ๆ ตายแน่ๆ แล้วก็หาโรงพยาบาลไปทั่ว โทรไปทุกโรงพยาบาลไม่มีใครรับเลย เต็มหมด เราก็คิดว่จะทำไงดี ตอนที่เป็น เขาไม่มีใครรับเราเข้าโรงพยาบาล ไม่อยากเป็นแล้ว ถ้าเป็นอีกกลัวว่จะหาโรงพยาบาลไม่ได้” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“ไอบ่อยจัง มันเริ่มไอหนักขึ้น หลานก็เลยว่ต้องเข้ากรุงเทพดีกว่า...หลานพาไปส่ง ป้าอาการหนักกว่าเพื่อน... เขาไปรักษาที่โรงพยาบาลXXX ได้หมดดี ถ้าอยู่ที่นี่ตายแน่... ตอนช่วงป้าเป็น ตอนนั้นคนแก่ตายเยอะ คนที่บ้านตายหลายคน...ป้าก็คิดว่ป้าโชคดีนะที่รอดมาได้” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

2.2 ถูกจำกัดให้อยู่แต่ในห้อง ทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง โรคดังกล่าวเป็นโรคที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ ต้องควบคุมป้องกันการแพร่เชื้อ ถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว ให้อยู่แต่บนเตียงหกล้ม จนผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกว่ตนต้องเสียอิสระภาพ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ขณะอยู่โรงพยาบาลเขาก็ให้อยู่แต่ในห้อง ไม่กล้าออกไปไหน ก็เดินไปเดินมา...พยาบาลเขาล็อคห้องจากข้างนอก เราเข้าไปไม่ได้ เดียวไปติดคนอื่น...อยู่ในนั้นก็ไม่อิสระ เหมือนอยู่ข้างนอก และที่บ้าน...มันเหมือนโดนขัง” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)



2.3 ได้รับการดูแลผ่านกล้องวงจรปิดและพูดคุยผ่านลำโพง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่กระจายเชื้อสูง จึงทำให้การสื่อสารข้อมูลต้องอาศัยสื่อกลางในการส่งผ่านข้อมูลเพื่อนำข้อมูลไปสู่ผู้ป่วย เช่น ผ่านทางโทรศัพท์ ไมโครโฟน ลำโพง กล้องวงจรปิด ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“พยาบาล เขาดูจากจอเอา หมอเขาก็ไม่ค่อยเดินมาตรวจนะ มันจะมีกล้องวงจรปิด เขาก็จะคุยตรงลำโพงที่อยู่บนหัวเรา ทุกคนเขาจะตรวจด้วยห้องควบคุม มีกล้องวงจรปิด ...ตอนที่มีปัญหา เขามียำให้เรากดแล้วพูด” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“มันไม่เหมือนที่นอนโรงพยาบาลครั้งก่อนๆ ใครก็เข้ามาไม่ได้ ... มีอะไรก็โทรเอาคุยผ่านลำโพง โรคนี้อย่าเป็นเลย ไม่เอาแล้ว อยู่คนเดียวทุกโรงพยาบาลเป็นเหมือนกันหมด” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

2.4 ได้รับการดูแลที่ขาดสัมพันธภาพกับผู้ดูแล เพราะบุคลากรทางการแพทย์ต้องใส่ชุดคลุม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ไม่เห็นหน้าตา จึงทำให้มองไม่ออกว่าบุคคลนั้นเป็นใคร

“ผมเสียตายผมไม่เห็นหน้าเลย เขาใส่ชุดคลุมหมดไม่รู้ใครเป็นใครเลย เป็นพระคุณอย่างยิ่งเลยทั้งหมดทั้งพยาบาล มองไม่เห็นจำใครไม่ได้เลยไม่รู้เลยว่าใครเป็นใคร ผมเห็นเขาใส่ชุดเหมือนกันหมด” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“การดูแลของพยาบาลมันแตกต่างกัน อันนี้เขามีเวลานิดเดียวมาแล้วก็ไป... ไม่ได้คุยอะไร เขาก็ใส่ชุดคลุม...มันเหมือนนักบินอวกาศ ใส่ชุดคลุม ห่มผ้า หน้ากาก เหลือ 2 ตา” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

ประเด็นที่ 3 หลากอารมณ์ หลายความรู้สึกภายในใจ เมื่อได้เผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคอุบัติใหม่ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรง แคเพียงรู้ว่าได้รับการติดเชื้อจากโรคนี้ ผู้ให้ข้อมูลก็มีความรู้สึกว่ามันได้ตายไปแล้วครึ่งหนึ่ง กลัวว่าตนนั้นจะไม่รอดและไม่มีโอกาสได้กลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว และได้บรรยายถึงความรู้สึก

ที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย มีทั้งความรู้สึกว่าเหว โดดเดี่ยว ที่ต้องอยู่คนเดียวในช่วงเวลานั้นจึงต้องนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือโดยอาศัยเป็นที่พึ่งทางใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 กังวล กลัวว่าจะไม่รอด การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อชนิดนี้ก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวความตาย กลัวจะเป็นหนักไม่มีโอกาสได้กลับบ้าน ทำให้คิดเรื่อยเปื่อยเกิดความวิตกกังวล คิดว่าตนคงตายแน่ ไม่น่าจะรอด รู้สึกว่าความตายอยู่ใกล้แค่เอื้อม จึงทำให้เกิดความกังวลว่าตนจะเสียชีวิต ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“คิดมาก คิดเรื่องตาย...เราจะได้กลับบ้านไหม คือไปนึกถึงคนที่เขาเป็นแล้วก็ตาย... ทำให้เราเศร้า...จิตมันคิดไปเรื่อย เราก็นึกของเราแล้วเราจะได้กลับบ้านไหม เนี่ย มาครั้งนี้จะเจอลูกเมีย เจอญาติไหม (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1) ส่วนมากคนที่ตายๆ มีโรคประจำตัวทั้งนั้นแล้ว ก็สูงอายุเหมือนแรงต้านทานมันไม่เพียงพอ ถ้าร่างกายเราไม่แข็งแรงก็ร่วงต่อนั่น” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2)

“เราก็ไม่รู้ไม่เคยเจอมาก่อน แต่คิดว่าต้องตายแล้ว กังวล ไม่เคยป่วยด้วยไข้ พอเป็นแล้วหนักเลย หายใจไม่ไหว หายใจตาเหลือก...มันเป็นโรคใหม่ไม่มีใครรู้หรือป้าก็เพิ่งเคยเป็นโรคโควิดแย่นะ หนักนะ หนักกว่าเพื่อนเลย” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

3.2 ว่าเหว โดดเดี่ยว ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยโรคดังกล่าวต้องถูกจำกัดบริบท ให้อยู่ในพื้นที่ที่กำหนดไว้ ถูกแยกจากบุคคลอื่น ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียงคนเดียว ไม่มีญาติเฝ้า ต้องถูกจำกัดอยู่ภายในห้อง เกิดความรู้สึก โดดเดี่ยว บางรายรู้สึกว่ามันเหมือนคนไม่มีญาติ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“อยู่ตรงนั้นก็เหงาเป็นธรรมดา มันก็ไม่เคยเป็นอย่างไรว่า ก็เหมือนคนไม่มีญาติ มีแต่หมอกับพยาบาลและเสียงข้างๆเท่านั้นแหละ (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)...มันว่าเหว ไม่มีญาติมันก็หงอย ... พอออกจาก โรงพยาบาลมาแล้วก็โล่ง เหมือนออกจากห้องขัง พันโทษ มันโล่ง” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2)



“ป้าอยู่คนเดียว มันว้าเหว่ มันไม่เคย นอนไม่หลับ ไม่เคยคิดว่า จะเป็นแบบนี้... แล้วมันก็ว้าเหว่ อ้างว้าง... เพราะในชีวิตไม่เคยไปไหนไม่เคยที่ว้าเหว่ไปโดดเดี่ยวอย่างนี้ รู้สึกเดียวดายมาก ... อยู่ห้องส่วนตัวแต่ทำไมรู้สึกไม่ดี คือมันไม่มีใคร ไม่ได้คุย ได้อะไรไร ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

3.3 ปลอ่ยกวาง ยอมรับและเข้าใจสภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยในครั้งนี้ทำให้ เข้าใจว่าชีวิตทุกคนต้องมีเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นธรรมดา ไม่ยึดติด อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด เป็นไปตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากมีอายุมากแล้วจึงรู้สึกปลง ยอมรับทุกสิ่งที่เกิดขึ้นถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ต้องเจอ ขณะที่พูดถึงเรื่องนี้ผู้ป่วยบางรายได้พยักหน้า และมีสีหน้าที่ปกติ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ฉันไม่ค่อยกลัวนะ ฉันก็ไม่ตกใจ เลยๆ เราไม่ได้คิดอะไรจะไปกลัวทำไม ... ฉันก็ไม่กลัวตาย กลัวทำไม เพราะคนเราเกิดมาก็ต้องตาย ถึงเวลาก็ต้องตาย ทุกวันนี้้อยู่มาก็ไม่กลัวอะไร” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“รู้ว่า เป็นโควิด ช่างมันเถอะ...ถึงยังงี้ก็ต้องตาย ยายก็เลยๆ... พอเป็นแล้วก็ไปไหนอะไรมันจะเกิดก็ต้องเกิด หลีกเลียงเขาไม่ได้ ... อย่ายไปกังวลอะไร ยายก็ไม่ได้คิดอะไรมาทำให้...เพราะเราก็ก่อนแล้ว 86 แล้ว ช่างมันเถอะ... เกิดแล้วก็แก่แล้วก็เจ็บแล้วก็ตาย” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

ประเด็นที่ 4 ประสบการณ์ในการกลับเข้าสู่สังคม ภายหลังที่หายจากการเจ็บป่วย ทำให้ต้องกลับไปใช้ชีวิตในสังคม จึงทำให้สัมผัสได้ถึงพฤติกรรมของคนรอบข้าง บางครั้งจะถูกมองว่าตนเป็นคนแพร่เชื้อโรคหลายคนเดินทางไม่มีใครเข้าใกล้แต่จะมีเพียงคนใกล้ชิดญาติสนิท คนคุ้นเคยที่ห่วงใย นอกจากนี้ภายหลังจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตนเองในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชือดังกล่าว เนื่องจากต้องป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อ ใส่หน้ากากอนามัยมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ถูกรังเกียจ เดินทาง ไม่พูดคุย ภายหลังที่หายจากการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลได้เข้ากลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิม ต้องพบเจอกับความรู้สึกที่โดนรังเกียจ รู้สึกแปลกแยก ถูกกีดกันจากสังคม โดยคนรอบข้างส่วนใหญ่มีความรู้สึก กลัว ไม่กล้าเข้าใกล้หรือเข้ามาทักทายเหมือนแต่ก่อน ทำเหมือนตนเป็นคนที่น่ารังเกียจเป็นบุคคลที่แพร่กระจายเชื้อ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“คนรอบข้างไม่กล้าเลย พอเขารู้ว่าเป็นก็ถอยหลัง ไม่สู้ ปฏิกริยาเขา เรารู้เลยว่าเขารังเกียจเรา ถอยหนี ขยับแมสเลย เขาก็กลัวเรา... บางทีเราไปซื้อของเขาขยับตัวหนีเลย” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“มันเป็นโรคใหม่ไม่มีใครรู้หรอก เพิ่งเคยเป็นแบบนี้...เขารังเกียจมาก หน้าบ้านเขายังไม่เดินผ่านเลย เขาก็รังเกียจ รังเกียจแทบทุกคน ไม่มีใครพูดกับเรา... เขาว่าเราติดโรคร้ายมา เอามาใส่บ้านใส่เมือง เขาว่าไปทั่วเราก็คิดนะทำไมโรคนี้คนเขารังเกียจ...” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

4.2 ได้รับความห่วงใยจากคนใกล้ชิด ช่วงเวลาที่หายจากการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุต้องกลับมาพักผ่อนร่างกายที่บ้าน บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดจึงเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือ ดูแล พึ่งพิงร่างกายและจิตใจรวมทั้งคอยหาอาหารให้รับประทาน เพื่อให้ร่างกายได้กลับมาปกติ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ตอนที่หมอเขาให้กลับบ้าน แม่บ้านก็ดูแลอย่างดีให้กินยาตรงเวลา...มาถึงบ้านก็ยังเดินไม่ได้ กลับมาบ้านยังเหนื่อยอยู่ แม่บ้านเขาก็มาช่วยให้หัดเดิน” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“พอกลับมาช่วงแรก ๆ น้องสาวต้องพุง เดินไม่ไหว พุงตัวเองไม่ได้เลย เขาก็ช่วยพุงหลัง ...ประมาณ 2 สัปดาห์ พยายามช่วยเหลือตัวเอง พอเราพุงตัวเองแล้วลุกเดินได้นะ...น้องสาวเขาเป็นห่วง คอยช่วยเหลือ พอกลับมาท้องก็เซ็ด ล้างบ้าน ทั้งของเก่าหมดกลัวเขื่อนมันติดในบ้าน” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)



4.3 ปรับตนเองในการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการติดเชื้อ จากประสบการณ์ในการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุต้องระมัดระวังตัวเอง ปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อซ้ำ เรียนรู้ที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

“เวลาเรามาส่งของเราก็ใส่แมสก่อน บางทีเขาก็วางไว้ให้หน้าประตู เราก็ไปเอา แล้วฉีดสเปรย์ก่อนจะออกนอกบ้าน ยายฉีดสเปรย์พ่นขาเป็นจุดขาวๆเต็มเลย ไม่ไถ่ยายล้างน้ำตากแดดหมด...ก็ต้องคอยระวัง อย่าเข้าใกล้ลูกหลาน ใครมาหาเราก็ใส่แมสไปก่อน แมสก็ใส่เข้ายันมือ” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“ไม่อยากเป็นอีกแล้ว เราต้องระวังตนเองอย่างดี ไม่ไปไหน เลือกร้านอาหารดีๆ ไม่ไปตลาด ไม่ไปงานศพ ส่งเงินทำบุญแทน” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2)

4.4 ใส่ใจดูแลสุขภาพมากขึ้น เมื่อได้ผ่านพ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงและกลับมาอยู่ในสังคม ผู้สูงอายุจึงหันกลับมาใส่ใจภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น หากพบว่าสุขภาพร่างกายมีความผิดปกติไปจากเดิม ก็ต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อที่จะได้แก้ไขได้ทันเวลา และหมั่นรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงสุขภาพ ฉีดวัคซีนเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันให้ตนเอง ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“คราวนี้พอเป็นหวัดหรือไอต้องรีบกินยาไปหาหมอ พอเราเป็นอะไรก็กินยาเลย ปล่อยไว้ไม่ได้ เราก็ไม่อยากเป็นหนักอีกแล้ว” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“พอตอนกลับมาบ้าน อาหารเราแทบจะไม่ได้ทานเลย เราต้องอาศัยนมกล่อง ที่เป็นอาหารเสริม จะได้มีแรง ...แล้วก็กลับมาแล้วก็ทานยาอย่างเคร่งครัด” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

“กลับมาขายก็ทานแต่น้ำอุ่น ทานยาที่ให้ตรงเวลา... ยายจะไปหาหาเพิ่มภูมิ ที่เป็นวัคซีนเห็นเขาบอกว่ามี เคยฉีดแต่ไข้หวัดใหญ่ เดี่ยวลองถามหมอ เดี่ยวถ้าไปตรวจตามนัดยายจะถามแกล...ยายจะฉีดวัคซีน” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1)

อภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้จากการศึกษาเป็นประสบการณ์รับรู้การของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ได้เผชิญ โดยโรคดังกล่าวจะมีความรุนแรงเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจะรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยมาก จนไม่สามารถหายใจเองได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pel-Littel et al.(2022)⁶ ระบุว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวส่วนใหญ่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ และคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Wu et al.(2020)¹⁷ ที่พบว่าผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและนำไปสู่การเสียชีวิต เนื่องจากสภาวะของร่างกายเริ่มถดถอย ส่วนใหญ่อาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อของกลุ่มผู้สูงอายุจะอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ได้คิดว่าตนจะได้รับเชื้อเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้ออกไปข้างนอก อยู่แต่ในบ้าน แต่ในสังคมไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลานในครอบครัวทำให้มีโอกาสรับเชื้อจากบุคคลใกล้ชิดซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศของ Esteve et al.,(2020)¹⁸ ที่พบว่า การติดเชื้อภายในครอบครัวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเป็นครอบครัวใหญ่ที่มีสมาชิก ในครอบครัวหลายช่วงอายุ นอกจากนี้จากการศึกษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการฟื้นฟูร่างกายต้องใช้เวลา บางกิจกรรมที่เคยปฏิบัติได้ก็ไม่สามารถทำได้เหมือนเดิม แต่ก่อนสามารถทำงานได้เป็นระยะเวลานาน ร่างกายเคยแข็งแรงกว่านี้ อ่อนเพลียง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยหลังจากหายจากเจ็บป่วยจะมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไอ เวียนศีรษะ ปวดหัว ในผู้สูงอายุการแสดงผลผิดปกติจะคงอยู่ต่อเนื่องหลังจากหายจากการเจ็บป่วยเนื่องจากในผู้สูงอายุอาการหลงเหลือที่เกิดขึ้นมักมีความผิดปกติในหลายระบบของร่างกาย ¹⁹⁻²⁰



จากสถานการณ์ในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างไปจากเดิม ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวรู้สึกว่าการเวลานั้นเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก พยายามหาช่องทางเพื่อที่จะได้เข้ารับการรักษาให้ทันเวลา เนื่องจากมีผู้เจ็บป่วยจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตามช่วงเวลาที่ขาดแคลนเตียงในการรักษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้มีแนวทางในการจัดเตรียมหอผู้ป่วย รวมทั้งจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมเพื่อเตรียมรับมือรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งจากการศึกษาของ Alamri et al.(2021)²¹ ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรคจะมีความเสี่ยงที่นำไปสู่การเจ็บป่วยร้ายแรงและมีโอกาสเสียชีวิตจึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด แต่จากการเข้ารับการรักษาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณถูกแยกกักกัน โดนจำกัดบริเวณสูญเสียอิสรภาพไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ เพราะพยาธิสภาพของโรคต้องมีการแยกกักตัวเพื่อควบคุมเชื้อเกิดความรู้สึกสูญเสียอิสรภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Pel-Littel et al.(2022)⁶ ที่กล่าวว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล รู้สึกเสียความเป็นตัวเอง ขาดสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแล ต้องพูดคุยสื่อสารผ่านทางกล้องวงจรปิดและลำโพง ซึ่งคล้ายคลึงกับใกล้เคียงกับ Forsman et.al (2019)²² ที่พบว่าการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในครั้งนี้แตกต่างจากประสบการณ์ที่เคยได้รับโดยเฉพาะในการสื่อสาร การประสานงานและให้ข้อมูล เช่น การให้คำแนะนำในการรับประทานยา การให้คำแนะนำและติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่าย เป็นต้น

ผู้สูงอายุที่ได้รับการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย แต่ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องเผชิญกับความวิตกกังวลถึงชีวิต คิดว่าตนไม่น่าจะรอดสอดคล้องกับการศึกษาของ Pel-Littel

et al.(2022)⁶ และ Medetalibeyoglu et al.(2020)⁸ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อชนิดนี้ คือ อายุที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากในผู้สูงอายุเมื่อได้รับการเจ็บป่วยจากติดเชื้อไวรัสที่มีความรุนแรง จะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าวัยหนุ่มสาว¹⁸ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องเผชิญกับความหวาดหวั่น โดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเหมือนคนไม่มีญาติ ต้องถูกแยกจากบุคคลอื่น ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Moradi et al.(2021)¹² ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการติดเชื้อต้องแยกจากบุคคลอื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในสังคมไทยบางราย มีมุมมองการเจ็บป่วยว่า เป็นเรื่องธรรมดา เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสิ่งที่ต้องเผชิญ ซึ่งผลการศึกษาใกล้เคียงกับ ฉัตรวารินทร์ บุญเดช,วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์และนารีรัตน์ จิตรมนตรี (2017)²³ ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีจะมีความเข้าใจและยอมรับว่าทุกสิ่งในโลกนี้สัมพันธ์กัน มีการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย

แม้ผู้สูงอายุจะหายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อรุนแรง แต่การกลับเข้าสู่สังคมทำให้ต้องเผชิญกับความรู้สึกแปลกแยก คนรอบข้างเกิดความรู้สึกกลัวถูกมองว่าเป็นบุคคลแพร่กระจายเชื้อไม่มีใครอยากเข้าใกล้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pel-Littel et al.(2022)⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุเข้าใจในการถูกแยกจากบุคคลอื่น แต่ก็รู้สึกได้ว่าบางอย่างไม่ปกติเหมือนเดิม ถูกมองว่าตนเป็นโรคเรื้อน แต่เมื่อช่วงระยะเวลาผ่านไปหายจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุใส่ใจสุขภาพของตนมากขึ้น โดยผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี²³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ข้อค้นพบในการวิจัยนี้เป็นเพียงก้าวแรกของการสร้าง

ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผลการศึกษา



จึงเป็นผลที่ตามมาภายหลังที่เกิดจากการเจ็บป่วยทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยสามารถนำมาเป็น ข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ ติดเชื้อ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับ ประชากรกลุ่มอื่นได้แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่ม ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุจากการเจ็บป่วยด้วยโรค ดังกล่าว โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัว รวมถึง ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้สูงอายุสูงอายุภายหลังที่หายจากการเจ็บป่วย เนื่องจากมีผลต่อฟื้นฟูร่างกายและการปรับตัวของผู้สูง อายุ โดยจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลของ ผู้สูงอายุภายหลังที่เจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการหลงเหลือ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส 2019 (Long Covid) ที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ว่ามีผลกระทบอย่างไร ในการดำเนินชีวิตหรือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือไม่เพื่อ นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้มีความเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่กรุณาให้คำแนะนำเสนอแนะและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความถูกต้องและความครบถ้วนในเนื้อหา รวมไปถึงผู้ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยพร้อมทั้ง ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัย รวมไปถึงกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่ได้ กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้

References

1. Department of Older Persons. Elderly infected with covid-19 in Thailand .2022 [updated March 14; cited 2023 April 1]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/857>
2. McIntosh K, Hirsch MS, Bloom A. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [updated March 13; cited 2022 August 15]. Available from: https://www.cmim.org/PDF_covid/Coronavirus_disease2019_COVID-19_UpToDate2.pdf.
3. Bhaskaran K, Bacon S, Evans SJ, Bates CJ, Rentsch CT, MacKenna B, et al. Factors associated with deaths due to COVID-19 versus other causes: population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. *Lancet Reg Health Eur* 2021;6:100109.
4. Jordan RE, Adab P, Cheng KK. Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ* 2020;368:m1198.
5. Touhy T, Jett K, Boscart V, McCleary LE. Hess' Gerontological Nursing and Healthy Aging in Canada-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2018.
6. Pel-Littel RE, Stekelenburg DE, Willems HC, Jansen SWM, Festen J, van der Linden CMJ. Lessons Learned From the COVID-19 Pandemic as Experienced by Older Adults Treated for COVID-19. *Gerontol Geriatr Med*.2022;8: 23337214221086831.



7. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, Liang W-h, Ou C-q, He J-x, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020;382:1708-20.
8. Medetalibeyoglu A, Senkal N, Kose M, Catma Y, Bilge Caparali E, Erelel M, et al. Older Adults Hospitalized with Covid-19: Clinical Characteristics and Early Outcomes from a Single Center in Istanbul, Turkey. *J Nutr Health Aging* 2020;24:928-37.
9. Jain A, Singariya G, Kamal M, Kumar M, Jain A, Solanki RK. COVID-19 pandemic: Psychological impact on anaesthesiologists. *Indian J Anaesth* 2020;64:774-83.
10. Neumann-Podczaska A, Al-Saad SR, Karbowski LM, Chojnicki M, Tobis S, Wieczorowska-Tobis K. COVID 19 - Clinical Picture in the Elderly Population: A Qualitative Systematic Review. *Aging Dis* 2020;11:988-1008.
11. Moradi M, Namdar P, GHapanvari F, Yekefallah L. Lived experiences of the patients hospitalized with COVID-19: A phenomenological study in a province of northwest Iran. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2021;25:327-40.
12. Key T, Kulkarni A, Kandhari V, Jawad Z, Hughes A, Mohanty K. The Patient Experience of Inpatient Care During the COVID-19 Pandemic: Exploring Patient Perceptions, Communication, and Quality of Care at a University Teaching Hospital in the United Kingdom. *J Patient Exp* 2021;8:2374373521997742.
13. Fischer LS, Mansergh G, Lynch J, Santibanez S. Addressing Disease-Related Stigma During Infectious Disease Outbreaks. *Disaster Med Public Health Prep* 2019;13:989-94.
14. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*: Oxford University Press; 1978. p. 6.
15. Streubert-Speziale H, Carpenter D. *Phenomenology as method*. Philadelphia. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
16. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*: Sage; 1989.
17. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med.* 2020;180:934-43.
18. Esteve A, Permanyer I, Boertien D, Vaupel JW. National age and coresidence patterns shape COVID-19 vulnerability. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2020;117(28):16118-20
19. Tantipawasasin P., Tantipawasasin S. Post-COVID condition (Long COVID). *Chonburi Hospital Journal.* 2022;47(1):67-84 . (in Thai)



20. Hamers, L., Kox, M., & Pickkers, P. (2015). Sepsis-induced immunoparalysis: mechanisms, markers, and treatment options. *Minerva anesthesiol*, 81(4), 426-439.
21. Alamri, F., Alsofayan, Y., AlRuthia, Y., Alahmari, A., Almuzaini, Y., Abo Gazalah, F., Alradini, F., Alaama, T., & Khan, A. (2021). Predictors of hospitalization among older adults with COVID-19 in Saudi Arabia: a cross-sectional study of a nationally representative sample. *Risk Management and Healthcare Policy*, 875-886.
22. Forsman, B., & Svensson, A. (2019). Frail older persons' experiences of information and participation in hospital care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2829.
23. Boondech C., Wirojratana V., Jitramontree N. Relationships between Health Status, Religious Beliefs, Religious Practices, Life Satisfaction, and Gerotranscendence in Community- Dwelling Older Adults .*Thai Journal of Nursing Council*. 2017;32(3): 66-77. (in Thai)
24. Kulsoontorn K, Wingpat K, Bodeerat C. Guidelines for caring the elderly during a COVID-19 pandemic. *J Roi Kaensarn Academi* 2021;6:288-302. (in Thai)



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงวิทย์ไทยต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วันทนี งามวงศ์* และ สุรีพร ธนศิลป์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศรียุทธ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงวิทย์ไทยและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

รูปแบบการวิจัย: วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มแบบกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คัดเลือกเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมและทดลองกลุ่มละ 22 คน จับคู่อายุ ชนิดผ่าตัดและการรับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและ 3) โปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงวิทย์ไทยและเครื่องมือกำกับการทดลอง แบบประเมินความวิตกกังวลมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค .88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย: ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมฯนี้สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งก่อนผ่าตัดได้

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม/ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด/ ชีกง/ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม/ ไลน์แอปพลิเคชัน

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออกคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก E-mail: s_thanasilp@hotmail.com



THE EFFECT OF INFORMATIONAL SUPPORT VIA LINE APPLICATION PROGRAM COMBINED WITH THAI STYLE QIGONG PRACTICE ON PREOPERATIVE ANXIETY IN BREAST CANCER PATIENTS

Wantanee Ngamwong* and Sureeporn Thanasilp**

Abstract

Purpose: To compare the preoperative anxiety of breast cancer patients in the experimental group before and after receiving the informational support via line application program combined with Thai style qigong practice and between experimental group and control group.

Design: Quasi-experimental pretest-posttest control group design

Methods: The participants were breast cancer patients who undergoing surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society. They were matched pairs with age, type of surgery, and receiving chemotherapy before operation, and assigned separately to either control or experimental groups, 22 subjects in each group. The experimental group had received the 2 week-program before operation, while the control group received routine nursing care. Research instruments comprised of: 1) data collection tools including demographic data form 2) the State Anxiety Inventory Form Y-I 3) the Informational Support via Line Application Program combined with Thai Style Qigong Practice and 4) validity checked questionnaires. The STAI Form Y-I had Alpha Cronbach's Coefficient of .88. Descriptive statistics and t-test were used in data analysis.

Result: The preoperative anxiety in the experimental group after receiving the program was significantly lower than that of the pretest phase ($p < .05$) and was significantly lower than that of the control group ($p < .05$).

Conclusion: This program can reduce preoperative anxiety in breast cancer patients.

Keywords: Informational support before breast cancer surgery/ Preoperative anxiety/ Line application/ Breast cancer patient with surgery/ Qigong

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

** Corresponding author, Associate professor and Director of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnarisattaphat Building, Pathum Wan, Bangkok Thailand 10330. Research Advisor. E-mail: s_thanasilp@hotmail.com



บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นการเจ็บป่วยที่สำคัญทั้งในประชาชนไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา อุบัติการณ์โรคมะเร็งเพศหญิงทั่วโลกในปี 2018 อันดับ 1 คือโรคมะเร็งเต้านม และในปี 2020 ก็พบว่ามียอดราเพิ่มมากขึ้น¹ ประเทศไทยก็พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเป็นอันดับที่ 1 สถิติล่าสุดในปี 2020 พบอุบัติการณ์ 39.8 % จากมะเร็งทุกชนิดของเพศหญิง วิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1-3 ส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total mastectomy) และผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออกโดยรักษาเต้านมไว้ (Breast-conserving surgery) สถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในประเทศไทยในปี 2020 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดคิดเป็น 6.4 % ผ่าตัดร่วมกับรักษาด้วยวิธีการอื่น คิดเป็น 13.4 %²

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง บุคคลทั่วไปจะมีการรับรู้ว่าเป็นโรคที่คุกคามต่อความปลอดภัยและชีวิตของตน Lazarus และ Folkman³ กล่าวว่าหากบุคคลทราบว่าตนเองต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด จะเกิดการประเมินเบื้องต้น(primary appraisal) ว่าเป็นอันตรายสูญเสียและคุกคามต่อตนเอง จึงเกิดความเครียดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเป็นความรู้สึกวิตกกังวล ดังนั้นผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดจึงมีความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเต้านมที่พบว่า ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับสูงได้⁴⁻⁶ ปัญหาความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดนี้ หากไม่ได้รับการดูแลแก้ไข จะเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการผ่าตัดระยะต่อมาได้

ความวิตกกังวลช่วงก่อนการผ่าตัด ส่งผลด้านร่างกาย ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต กระตุ้นให้ร่างกายปล่อยสารแคทโกลามีนและฮอริโมนคอร์ติโคสเตอรอยด์มากขึ้น มีผลทำให้อัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ รวมถึงระบบการหายใจผิดปกติ จนอาจทำให้ต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไป⁷ อีกทั้งยังทำให้ต้อง

ให้ยาระงับความรู้สึกปริมาณมากขึ้น มีความต้องการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นและอาจส่งผลให้ใช้ระยะเวลาพักรักษาที่โรงพยาบาลนานขึ้นได้⁸ ทั้งยังมีผลต่อจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมอีกด้วย เนื่องจากความวิตกกังวลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง มีผลต่อการขยายและเพิ่มขนาดของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยจะยังรู้สึกเป็นทุกข์ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ จนส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจและความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย⁹

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ การวินิจฉัยขณะอายุน้อยกว่า 50 ปี¹⁰ ปัญหาค่าใช้จ่าย ประสบการณ์การผ่าตัดขาดความรู้ก่อนการผ่าตัด^{4,6} จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเกือบทั้งหมดเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ มีเพียงการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดอย่างเพียงพอและเหมาะสม ในเรื่องที่ว่าผู้ป่วยวิตกกังวล ที่จะสามารถลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดได้ การศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลสงขลาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด มีระดับความวิตกกังวลลดลง⁴ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดนั้น เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยทราบว่าต้องเข้ารับการผ่าตัด และจะยังคงอยู่ตั้งแต่ระยะเวลาเป็นเดือนไปจนถึงปีหลังจากได้รับการวินิจฉัย ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹¹

เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเพื่อรับการตรวจร่างกายสำหรับเตรียมผ่าตัด จากนั้นประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และให้ข้อมูลเพื่อเตรียมตัวมานอนโรงพยาบาลในวันผ่าตัด และเมื่อถึงวันนอนโรงพยาบาลก่อนทำผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดอีกครั้ง จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ ซึ่งการรับข้อมูลก่อนการผ่าตัดในปริมาณมากเพียงระยะเวลา



อันสั้น ในวันก่อนผ่าตัดนั้น จะทำให้ความวิตกกังวลลดลง ได้ยาก อีกทั้งความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญขณะอยู่บ้าน อาจไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมจึงส่งผลให้ความวิตกกังวลยังคงสูง และส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับ ข้อมูลและความสามารถในการที่จะให้ความร่วมมือ ระหว่างรับการรักษาได้¹² ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการ พยาบาลเพื่อให้ข้อมูลเป็นระยะๆ ในช่วงสองสัปดาห์ก่อน การผ่าตัด จึงมีความจำเป็นและสำคัญ ควรหาวิธีการที่ เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อดูแลปัญหาความวิตก กังวลที่เกิดขึ้นในระหว่างนั้นด้วย

Lazarus และ Folkman³ กล่าวว่าเมื่อบุคคล เกิดความวิตกกังวลขึ้นแล้วควรส่งเสริมให้เกิด Reappraisal โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลเพื่อส่งเสริม การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (problem-focused coping) ด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีการให้ข้อมูลด้วย การสื่อสารออนไลน์เพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนด้านข้อมูล ผ่านทางไลน์เป็นวิธีการหนึ่งที่มีการใช้แพร่หลาย ง่าย สะดวก รวดเร็ว และเป็นการสื่อสาร 2 ทาง ซึ่งถือว่าเป็น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะกับยุคสมัย¹³ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม พบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและลด ความเครียดให้ผู้ป่วยได้¹⁴

ปัญหาความวิตกกังวลนั้น นอกจากการ สนับสนุนด้านการให้ข้อมูลแล้ว ควรให้การสนับสนุนการ จัดการด้านอารมณ์เพื่อคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เนื่องจากการเผชิญปัญหาที่ให้ผลอย่างดีที่สุด คือการใช้ กลวิธีทั้ง 2 แบบให้ช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกัน³ การบริหาร กาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทยเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดความ วิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ ดังการศึกษาของ ขบา เรียนรัมย์¹⁵ ที่พบว่า การบริหารกาย-จิตแบบชี่กงสามารถลดความ วิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ดีกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯและดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก

การบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทยเป็นการประสานกัน ของการเคลื่อนที่ของร่างกาย การบริหารการหายใจและ การทำสมาธิ ก่อให้เกิดความสมดุลของกายและจิต¹⁶ เกิด ความสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้ ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง¹⁷

ดังที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นผู้วิจัยจึงพัฒนา โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย เพื่อลดความ วิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และส่งผลต่อ การเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยช่วงก่อนผ่าตัด ทำให้เกิด การดูแลต่อเนื่อง การมารับการรักษาตามการนัดหมาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯและ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมหลัง ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมของ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสอง กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่นัดหมายเพื่อทำผ่าตัด Total mastectomyและBreast-conserving surgery ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่นัดหมายเพื่อทำผ่าตัด Total mastectomy และ Breast-conserving surgery ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 44 คน ทำการจับคู่ เรื่อง อายุ ชนิดการผ่าตัด และการได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน มีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยเพศหญิงอายุมากกว่า 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด 20 คะแนนขึ้นไป ได้รับนัดหมายเพื่อรับการผ่าตัด Total mastectomy และ Breast-conserving surgery ผู้ป่วยหรือญาติสามารถติดต่อสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชัน มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีข้อห้ามจากแพทย์ในการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย

กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพลที่ 0.5 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางและกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงตามตาราง Statistical Power Table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 22 คน จึงได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-I) ของ Spielberger และคณะ¹⁸ มาใช้ประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มะเร็งเต้านมประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่แสดงถึงความวิตกกังวล คำถามทางลบ 10 ข้อ ทางบวก 10 ข้อ โดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด (Self-Report Measure of Anxiety) เป็น Rating scale 4 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเลย, รู้สึกบางครั้ง, รู้สึกบ่อยครั้ง และรู้สึกตลอดเวลา คิดเป็น

1, 2, 3 และ 4 คะแนน ในข้อคำถามทางบวก (ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20) และ ไม่รู้สึกเลย, รู้สึกบางครั้ง, รู้สึกบ่อยครั้ง และรู้สึกตลอดเวลา คิดเป็น 4, 3, 2 และ 1 คะแนนในข้อคำถามทางลบ (ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18) การคิดคะแนนและแปลผลคะแนนรวม 20-80 คะแนน คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความวิตกกังวลระดับต่ำ 20-39 คะแนน, ระดับปานกลาง 40-59 และระดับสูง 60-80 คะแนน ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำเนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีการใช้แพร่หลาย ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดจากงานวิจัยหลายงาน มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับและยังไม่พบปัญหาการใช้งานข้ามวัฒนธรรม^{15,19-20} ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้เท่ากับ .88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทยที่พัฒนาขึ้นและเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของระยะเวลา ภาษา การจัดลำดับและความต่อเนื่องของเนื้อหา สำหรับวิดีโอคลิปเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการผ่าตัด การเตรียมสุขภาพก่อนการผ่าตัดและประโยชน์ของชี่กง ผู้วิจัยเขียนเนื้อหาภาพประกอบและนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบ แกะไขและนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 3 ราย พบว่าสามารถใช้ได้โดยไม่เกิดปัญหาและอุปสรรค



3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการผ่าตัดแบบส่องกล้องความรู้เรื่องการเตรียมสุขภาพก่อนการผ่าตัดและประโยชน์ของซีกิง และแบบบันทึกการทำซีกิงได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้องเหมาะสม

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ 13 มีนาคม พ.ศ. 2565 เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม โครงการเลขที่ COA No. 0336/2022, IRB No. 1014/64 หลังได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รายละเอียดโปรแกรมให้ทราบซึ่งกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ก่อนวันเริ่มเก็บข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยตรวจสอบประวัติผู้ป่วยที่มาตรวจและได้รับนัดหมายผ่าตัด

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ดำเนินการวิจัยดังนี้

วันที่ 1 ครั้งที่ 1 หน่วยเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินข้อมูลเบื้องต้นด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในการให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจร่างกายและนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล, วิธีใช้ไลน์แอปพลิเคชัน, มอบคู่มือและวิดีโอคลิปสาธิตซีกิงและฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซีกิงวิถี

ไทยให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านในช่วงก่อนผ่าตัดเป็นระยะเวลา 14 วัน วันละ 30 นาที

วันที่ 3 เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน สนับสนุนด้านข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันด้วยวิดีโอคลิปเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการผ่าตัดเวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้หลังดูวิดีโอแต่ละคลิปจบเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้คำปรึกษาผ่านทางไลน์เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการทำซีกิงเพื่อสำรวจปัญหาอุปสรรคและสามารถให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง

วันที่ 10 เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน สนับสนุนด้านข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันด้วยวิดีโอคลิปเรื่องการเตรียมสุขภาพก่อนการผ่าตัดและประโยชน์ของซีกิง เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นปฏิบัติเช่นเดียวกับวันที่ 3

วันที่ 14 ที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม (Post-test) และติดตามผลการปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซีกิงวิถีไทยด้วยตนเองที่บ้านจากแบบบันทึกของผู้ป่วย รวมทั้งติดตามการสนับสนุนผ่านไลน์แอปพลิเคชันจากแบบประเมินความรู้ โดยต้องผ่านเกณฑ์การประเมินได้แก่ มีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

2.2.1 ครั้งแรกผู้ป่วยพบแพทย์และรับการตรวจมะเร็งเต้านม ที่ห้องตรวจคัดกรองผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์ พยาบาลดูแลทำนัดให้มารับการตรวจร่างกายและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ที่หน่วยเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2.2.2 ก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับนัดหมายที่หน่วยเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อประเมินข้อมูลเบื้องต้นด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หากพบว่าผู้ป่วย



มีข้อสงสัยหรือมีความวิตกกังวล จะตอบข้อซักถาม ให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

2.2.3 ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมรับการผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม (Post-test) อีกครั้ง

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

เยี่ยมเพื่อประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญในวันนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลก่อนวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่หน่วยเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก่อนการแบ่งกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีงวิทย์ไทยร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ และประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้ง 2 กลุ่มอีกครั้งในวันนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูลตามรายกลุ่ม พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานทั่วไปใกล้เคียงกัน โดย

กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.68 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 50.00 ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.50 ส่วนใหญ่มีราย

ได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 20,000บาท คิดเป็นร้อยละ 72.80 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 81.90 ประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยผ่าตัดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 59.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และเข้ารับการผ่าตัด Breast conserving surgery คิดเป็นร้อยละ 54.50 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 68.20 เมื่อทราบว่าต้องผ่าตัดส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นเรื่องดีต่อตนเอง มีความสามารถในการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการผ่าตัดอย่างเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 68.20 แต่ทุกคนก็ยังมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในระดับสูง

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.95 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 54.50 มีสถานภาพโสดและสมรสคู่จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 20,000บาท คิดเป็นร้อยละ 68.20 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่เคยผ่าตัดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 63.60 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และเข้ารับการผ่าตัด Breast-conserving surgery คิดเป็นร้อยละ 54.50 ไม่ได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 68.20 เมื่อทราบว่าต้องผ่าตัดส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นเรื่องดีต่อตนเอง มีความสามารถในการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการผ่าตัดอย่างเพียงพอและไม่พอเพียงจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 95.50

ส่วนที่ 2 ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 46.09 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 46.95 หลังทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังคงมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90.90 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 59.10 และมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 1)



ส่วนที่ 3 ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

ส่วนที่ 4 ก่อนทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ระดับความวิตกกังวลและคะแนนเฉลี่ยก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ระดับปานกลาง	22	100.00	22	100.00
หลังการทดลอง				
ระดับต่ำ	2	9.10	13	59.10
ระดับปานกลาง	20	90.90	9	40.90

ความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
กลุ่มควบคุม	46.09	5.79	ปานกลาง	45.05	5.79	ปานกลาง
กลุ่มทดลอง	46.95	5.48	ปานกลาง	37.32	6.88	ต่ำ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	SD	df	t	P-value
ก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม					
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	46.09	5.79	21	1.54	.14
หลังการทดลอง	45.05	5.79	21		
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	46.95	5.48	21	7.83	.00
หลังการทดลอง	37.32	6.88	21		



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

ความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม	$\bar{X}$	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	46.09	5.79	42	0.50	.61
กลุ่มทดลอง	46.95	5.48			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	45.05	5.79	42	-4.03	.00
กลุ่มทดลอง	37.32	6.88			

อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งวิถีไทยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ดังนี้ เนื่องจากบุคคลทั่วไปจะมีการรับรู้ว่ามีมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตของตน หากทราบว่าตนเองต้องรับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น เกิดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล โดยเฉพาะระยะก่อนการผ่าตัด ซึ่งมีการศึกษาพบว่าเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ⁵ ที่พบว่า การผ่าตัดเป็นปัจจัยหลักทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงถึง 44.50 % สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรุณศรี ชัยทองสกุล⁴ เกี่ยวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลา พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง เนื่องจากเมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งเต้านมและต้องผ่าตัด เบื้องต้นผู้ป่วยจะมีการประเมิน

เบื้องต้นว่าเป็นอันตรายและสูญเสีย คุกคาม ต่อชีวิตหรือทรัพย์สินของตนเอง จึงเกิดความเครียดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเป็นความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการผ่าตัด³ การเผชิญปัญหาที่ทำให้ผลดีที่สุดคือการใช้กลวิธีทั้ง 2 รูปแบบ ช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกัน ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ ซึ่งเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น³ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ

โปรแกรมฯ เป็นการส่งเสริมผู้ป่วยให้ใช้ทักษะในการเผชิญปัญหาทั้ง 2 รูปแบบ โดยเป็นการให้ข้อมูลร่วมกับสนับสนุนทางอารมณ์ กล่าวคือ การสนับสนุนข้อมูลทางไลน์แอปพลิเคชันด้วยวิดีโอคลิปข้อมูลเรื่องการผ่าตัดมะเร็งเต้านมและการผ่าตัด และเรื่องการเตรียมสุขภาพก่อนการผ่าตัดและประโยชน์ของซึ่งกัน รวมทั้งให้คำปรึกษาปัญหาผ่านไลน์แอปพลิเคชันขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลโดยตรงจากพยาบาลเป็นระยะ ๆ ในช่วงสองสัปดาห์ก่อนการผ่าตัด อันเป็นวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดูแลปัญหาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแม้ขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน



เป็นการส่งเสริมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหาอย่างหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล ทำให้มีความรู้และเกิดการประเมินเหตุการณ์ใหม่ว่าการผ่าตัดไม่ใช่ภาวะคุกคาม แต่เป็นประโยชน์เพื่อการรักษาให้หายจากโรค และตนเองสามารถเผชิญกับเหตุการณ์นี้ และผ่านพ้นไปได้ เมื่อผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ใหม่เช่นนั้น ก็จะทำให้ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลงได้ ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชิ่งวิถีไทย ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่รวมการเคลื่อนไหว การหายใจ และสมาธิประสานกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ อันเป็นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ ส่งผลให้ความวิตกกังวลที่ยังเหลืออยู่ลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Evans²¹ ซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านม 6 วิธี ในกลุ่มตัวอย่าง 462 คน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสนับสนุนทางอารมณ์เป็นวิธีการที่สามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

อีกทั้งการให้ข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่นั้น ย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพในการได้รับข้อมูล การบริหารกาย-จิตแบบชิ่งวิถีไทย จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบและวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการรับข้อมูลได้ดี เนื่องจากการบริหารกาย-จิตแบบชิ่งวิถีไทยก่อให้เกิดความสมดุลของกายและจิต ส่งผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีการหลั่งสาร Endorphin ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดความสุข ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจได้^{16-17,22} สอดคล้องกับการศึกษาของชบา เรียนรัมย์¹⁵ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แบบชิ่งต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต

แบบชิ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของจรินทร์ พวภยะ²⁰ เรื่องผลของการจัดการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชิ่งต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้ โปรแกรมสนับสนุนข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชิ่งวิถีไทย พัฒนาโดยใช้ทฤษฎีของ Lazarus and Folkman³ เป็นกรอบแนวคิด ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการผ่าตัด ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อส่งเสริมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหาให้กับผู้ป่วย และสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการบริหารกาย-จิตแบบชิ่งวิถีไทยของ สุรีพร ธนศิลป์¹⁶ ซึ่งการสนับสนุนข้อมูลทางไลน์แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล ผู้ป่วยมีความรู้และเกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่ว่าการผ่าตัดไม่ใช่ภาวะคุกคาม แต่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาโรคและตนเองสามารถเผชิญและข้ามผ่านกับเหตุการณ์นี้ไปได้ ทำให้ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการกับอารมณ์ทางลบทั้งหลายที่เกิดขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลผ่านไลน์แอปพลิเคชันและการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการบริหารกาย-จิตแบบชิ่งวิถีไทย จึงทำให้ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมะเร็งเต้านมลดลงได้

ส่วนกลุ่มควบคุม ในวันที่มีการตรวจและรับทราบผลชิ้นเนื้อ จะมีการให้ข้อมูลเบื้องต้นกับผู้ป่วย แต่ด้วยสถานะที่เพิ่งผ่านการรับรู้ตัวตนผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและต้องรับการผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดความตกใจและยังทำใจยอมรับไม่ได้ ทำให้ประสิทธิภาพในการรับรู้ข้อมูล



ยังไม่เพียงพอ จากนั้นผู้ป่วยจะมารับการตรวจร่างกาย ก่อนการผ่าตัด จะได้รับคำแนะนำรายบุคคลในเวลาอันสั้นและเป็นข้อมูลโดยทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล อีกทั้งผู้ป่วยบางรายเมื่อกลับไปที่บ้าน เกิดข้อสงสัยและไม่สามารถสอบถามได้ จึงเกิดความรู้สึกกังวลก่อนการผ่าตัดเพิ่มขึ้น การติดต่อสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชันนี้ นอกจากผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากการดูวิดีโอคลิปอันเป็นสื่อที่ผลิตโดยตรงจากบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นต่อการดูวิดีโอคลิปแล้ว ยังได้รับคำแนะนำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยขณะที่อยู่บ้าน ในช่วงรอรับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีแหล่งข้อมูล สามารถเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง สามารถวางแผนการและจัดการชีวิตของตนเองให้พร้อม เข้ารับการผ่าตัดได้ และยังเกิดความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลตนเองหรือสามารถปฏิบัติตนหลังการผ่าตัดต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lemos และคณะ⁶ ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความรู้สึกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด พบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้มีผลทำให้การวัดตัวแปรทาง hemodynamic ได้แก่ ความดันโลหิตและชีพจรต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และการให้ความรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์การผ่าตัดสามารถลดความรู้สึกกังวลจากระดับปานกลางเป็นระดับต่ำและสอดคล้องกับที่ Jongerius และคณะ¹⁴ ได้พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งหมด 29 เรื่อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยใช้แอป mHealth ในการดูแลมะเร็งเต้านม พบว่าการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเครียดให้ผู้ป่วยได้

บางครั้งการได้รับข้อมูลเพียงอย่างเดียว ก็ไม่สามารถช่วยลดความรู้สึกกังวลได้ทั้งหมด บุคคลที่มีความวิตกกังวลนั้น ยังต้องการการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจควบคู่กันไป การบริหารกาย-จิตแบบซึ่งวิถีไทยเป็นการออกกำลังกายที่รวมการเคลื่อนไหว การหายใจและสมาธิประสานกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ คลายความ

วิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ สุวรรณ อัครเดชา²² ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกึ่งต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีระดับคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลองจึงมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้ลดความรู้สึกกังวลก่อนผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาและควรได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. สามารถส่งต่อข้อมูลหรือปัญหาของผู้ป่วยให้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะต่อไปได้
3. งานวิจัยยังมีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารทางไลน์แอปพลิเคชัน ซึ่งสามารถปรับวิธีการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมได้
4. สามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่องานพยาบาลในการแจ้งเตือนผู้ป่วย ติดตามการนัดหมาย ลดภาระงาน ลดระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้วิธีการให้ข้อมูลในรูปแบบอื่นรวมทั้งมีวิธีผ่อนคลายอารมณ์ควบคู่กันในกลุ่มอื่น โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและข้อจำกัดของผู้ป่วยกลุ่มนั้นๆ
2. สามารถนำโปรแกรมไปศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะอื่นหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง
3. สามารถนำเทคโนโลยีการสื่อสารรูปแบบต่างๆ ในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดี



4. สามารถขยายผลการศึกษากับปัญหาอื่นๆ
อันสืบเนื่องจากความวิตกกังวลได้

5. การประเมินและติดตามผลแบบออนไลน์
ควรหาวิธีประเมินที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ ควรประเมิน
และติดตามเป็นระยะ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ทรง
คุณวุฒิทุกท่านกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย รวมถึง
ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. International Agency for Research on Cancer. Breast Source: Globocan 20182020 [Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>.
2. National cancer institute department of medical services ministry of public health Thailand. Hospital-based cancer registry 2020. Bangkok: Medical Record and Data based Cancer Unit, Medical Digital Division National Cancer Institute; 2020.
3. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.
4. Chaitongsakul A. Using practice guideline when giving preoperative information: Effects on anxiety among patients with breast cancer prior to surgery. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2015; 2(2): 29-40. [In Thai]
5. Kim J, Cho J, Lee SK, Choi E-K, Kim I-R, Lee JE, et al. Surgical impact on anxiety of patients with breast cancer: 12-month follow-up prospective longitudinal study. Ann Surg Treat Res. 2020; 98(5): 215-23.
6. Lemos MF, Lemos-Neto SV, Barrucand L, Verçosa N, Tibirica E. Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. Braz J Anesthesiol (English Edition). 2019; 69(1): 1-6.
7. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. Anesth Analg. 1999; 87(6): 1346.
8. Caumo W, Ferreira M. Perioperative anxiety: Psychobiology and effects in postoperative recovery. The Pain Clinic. 2003; 15: 87-101.
9. Zhang Q, Xiao S, Yan L, Sun L, Wang Y, Huang M. Psychosocial predictors of adjustment to disability among patients with breast cancer: A cross-sectional descriptive study. J Nurs Res. 2019; 27(2).
10. Beatty L, Kissane D. Anxiety and depression in women with breast cancer. Cancer Forum. 2017; 41.
11. Rogers LQ, Courneya KS, Anton PM, Verhulst S, Vicari SK, Robbs RS, et al. Effects of a multicomponent physical activity behavior change intervention on fatigue, anxiety, and depressive



- symptomatology in breast cancer survivors: randomized trial. *Psychooncology*. 2017; 26(11): 1901-6.
12. Drageset S, Lindstrom TC, Giske T, Underlid K. Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *J Adv Nurs*. 2011;67(9):1941-51.
13. Aiyakorn S. Line programing and inter-organization communication. *Journal of Nakhonratchasima College*. 2015; 9(1): 102-107. [In Thai]
14. Jongerius C, Russo S, Mazzocco K, Pravettoni G. Research-tested mobile apps for breast cancer care: Systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019; 7(2): 10930.
15. Reanrom Ch. Effects of symptom management program combined with Qigong on anxiety and fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy [Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Master of Nursing Science Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. [In Thai]
16. Thanasilp S. Healthy with Thai Style Qigong Practice. 3rd ed. Bangkok: Pre-one Limited Partnership; 2014. [In Thai]
17. Lin C-Y, Wei T-T, Wang C-C, Chen W-C, Wang Y-M, Tsai S-Y. Acute physiological and psychological effects of Qigong exercise in older practitioners. *eCAM*. 2018; 2018: 4960978.
18. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R, Vagg PR, Jacobs G. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2) 1983.
19. Thapinta D. Reduction of anxiety of staff nurses working with aids patient through cognitive reconstructing and mindfulness training [dissertation Ph.D. Education]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1992. [In Thai]
20. Puakya J. Effects of symptom management focusing on qi-gong practice program on anxiety and pain among the emergent abdominal surgery patients [Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Master of Nursing Science Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. [In Thai]
21. Evans H. Preoperative Relaxation Techniques for breast cancer patients undergoing breast-altering surgery: A systematic review. *Iris Journal of Nursing & Care*. 2019; 1.
22. Suwanakkaradecha K. Effects of the symptom management program combined with Qigong on stress and cortisol level in stroke patients [Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Master of Nursing Science Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. [In Thai]



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้า ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภท

สุภัทสรา สิมมา*สุดาพร สถิตยยุทธการ** และจินตนา ยูนิพันธุ์***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่คัดเข้ารับการบริการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 15 รูป ได้รับการดูแลตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และ 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.84 และ 0.90 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัย: อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สรุป: การใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภททำให้อาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทลดลงได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: อาการซึมเศร้า/ พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท/ จิตบำบัดประคับประคอง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ร่วมปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: sudaporn.st@chula.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PRIESTS WITH SCHIZOPHRENIA

Supatsara Simma* Sudaporn Stithyudhakarn** Jintana Yunibhand***

Abstract

Purpose: To compare the depressive symptom in priest with schizophrenia before and after receiving the group supportive psychotherapy.

Design: Quasi-Experimental Research, one-group time series design

Methods: The research samples consisted of fifteen priests with schizophrenia who received services in the outpatient department, Priest Hospital, who met the inclusion criteria in one group. This group received the group supportive psychotherapy program for 6 weeks. Research instruments were: 1) The group supportive psychotherapy program 2) The Calgary Depression Scale for Schizophrenia 3) Thai Interpersonal Questionnaire. All the instruments were validated for content validity, The Calgary Depression Scale for Schizophrenia and Thai Interpersonal Questionnaire, their CVI were 0.84 and 0.90, respectively. The Chronbach's alpha coefficient reliability were 0.92 and 0.94 respectively. The Repeated Measures ANOVA was used in data analysis.

Result: The depressive symptom in priests with schizophrenia who received the group supportive psychotherapy program was significantly lower than before, at the 0.05 level.

Conclusion: The result of this study supports the group supportive psychotherapy can decrease depressive symptom in priests with schizophrenia.

Keywords: Depressive symptom /priest with schizophrenia /group supportive psychotherapy

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

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Boromrachachonnani Srisatphat Building, Patumwan District, Bangkok , Thailand 10330. Co-research Advisor. E-mail: sudaporn.st@chula.ac.th

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและรุนแรงนับเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ทั่วโลกและปัญหาสาธารณสุข ซึ่งพบมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง¹ พบได้ประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่ม สำหรับในประเทศไทยพบว่า โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีมากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต จากสถิติของโรคจิตเภทพบผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ปี 2558 จำนวน 488,436 ราย ปี 2559 จำนวน 580,181 ราย และในปี 2560 จำนวน 480,266 ราย² และจากสถิติ 3 ปีย้อนหลังของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสงฆ์ คือ ปี 2562 ทั้งหมด 90 ราย ปี 2563 ทั้งหมด 91 ราย และในปี 2564 ทั้งหมด 116 ราย ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนมากที่สุดที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสงฆ์³

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม และมีอาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย⁴ โดยมีรายงานว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบได้ประมาณ ร้อยละ 40¹ ในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35⁵ โดยโรคจิตเภทสามารถพบได้ในทุกกลุ่มและเป็นที่น่าสนใจเมื่อพบว่า ในกลุ่ม พระสงฆ์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจัดว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุด โดยในปี 2562, 2563 และ 2564 พบจำนวนผู้ป่วยดังนี้ 90 ราย, 91 ราย และ 116 ราย³ สำหรับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทนั้นยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน แต่มีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภท และอาการซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญหลักในโรคจิตเภท ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นเรื่องสำคัญเพราะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย

อาการซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ดำเนินตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง อยากรตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง เชื่องช้า สามารถประเมินด้วยแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นโดย Addington et al (1990) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิตสุทธจิตต์ (2554) ซึ่งมีระดับคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความนับถือในตนเองที่ต่ำ⁶ มีความยึดหยุ่น หรือมีพลังสุขภาพจิตที่ต่ำ⁷ การไม่มีความหวัง⁸ ความบกพร่องในความสามารถทางการรู้คิด⁹ การถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก¹⁰ การทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่อง¹¹ ความบกพร่องในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้ง ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกโดดเดี่ยวและความบกพร่องในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น¹² ในประเทศไทย มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดอาการซึมเศร้าสูงที่สุดในพระสงฆ์คือ ปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับพระและชุมชนวัดร้อยละ 52.7¹³

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ในกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกันได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม จะสามารถช่วยควบคุมอาการของโรค¹⁴ ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น นำมาซึ่งความ



ภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง¹⁵ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตเป็นการฝึกฝนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองอนาคต จะช่วยให้มีความหวังและวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้น การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล¹⁶

กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Group Supportive psychotherapy) ตามแนวคิดยาลอม Yalom's theory (1995)¹⁶ เน้นว่า ปัญหาของสมาชิกเกิดจากการปรับตัวของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกหรือความเชื่อของการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ถูกต้อง การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกปรับตัวได้ดีขึ้น โดยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกันก่อให้เกิดสังคมย่อยภายในกลุ่มสนับสนุนให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพลดภาวะซึมเศร้าได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ก่อให้เกิดการตระหนักในตนเองและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองมีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมขึ้นทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีการมองตนเองในด้านบวกได้

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเกิดอาการซึมเศร้าสูงที่สุดในพระสงฆ์คือ ปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับพระสงฆ์ด้วยกันและชุมชนวัดร้อยละ 52.7¹³ ซึ่งพระสงฆ์นั้นมีบริบทที่แตกต่างจากฆราวาสทั่วไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกจัดปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างพระและชุมชนวัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการซึมเศร้าสูงที่สุดในพระสงฆ์โดยสาเหตุดังกล่าวมาจากการที่พระสงฆ์ที่มาอยู่ร่วมกันภายในวัดมีพื้นฐานทางฐานะครอบครัว ที่แตกต่างกัน รวมถึงการที่ไม่มีกฎระเบียบและแนวทาง ปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การอยู่ร่วมกันของพระสงฆ์ภายใน วัดมีลักษณะเป็นปัจเจกบุคคล และเมื่อเกิดกรณีปัญหา การเจ็บป่วยขึ้นก็ขาดผู้ดูแลใกล้ชิด เพราะทางวินยสงฆ์ ไม่อนุญาตให้นำพระสงฆ์อาพาธกลับไปรักษาพยาบาลที่บ้าน

ได้ รวมทั้ง พระสงฆ์มีบริบทที่แตกต่างจากฆราวาสทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การนำแนวคิดของ Yalom¹⁶ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าการใช้แนวทางดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นฆราวาสทั่วไปเท่านั้น และยังไม่มีพบว่ามีการศึกษาวิจัยในกลุ่มพระสงฆ์ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งดูแลรักษาโรคทางกายเป็นหลัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทนี้ขึ้นมา เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นพระสงฆ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของ พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง

สมมติฐานการวิจัย

อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีอาการลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design)

ประชากร คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia; F20.0 – F20.9) ตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิ



กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์จำนวน 15 รูป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ 1) เป็นพระสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และมีอาการทางจิตสงบ โดยคะแนน Brief Psychiatric Rating Scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 2) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี 3) มีคะแนนรวมอาการซึมเศร้า มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน โดยวัดจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Addington et al.(1990) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556) และ 4) ได้รับการรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีภาวะบกพร่องทางสมองและสติปัญญา 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่อง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 15 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามีจำนวนน้อย และอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 จึงมีผู้เข้าร่วมเพียงจำนวนดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ Addington et al., (1990) สร้างและพัฒนามาจาก Max Hamilton (1960) และWing et al. (1974) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2556) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและอาการของ ภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 ข้อ การแปลผลและเกณฑ์กำหนดคะแนนแบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยจะทำการนำคะแนนที่ได้ใน

แต่ละข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวมมีพิสัยอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่า หรือเท่ากับ 5 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนี้ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index, CVI) = .84 ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .92

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยได้ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังปรับแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองไปทดลองใช้จริงกับผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .84

การดำเนินกิจกรรมติดต่อกันนั้นมีทั้งหมด 6 กิจกรรม จำนวน 6 ครั้งติดต่อกัน การจัดกิจกรรมแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งอยู่ที่ 60-90 นาที ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ประกอบไปด้วย พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มและดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ต้นจนจบ และสมาชิกกลุ่ม ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละกิจกรรม จะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึกรวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในครั้งนั้นๆ



แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่มประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง รู้สึกผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเองเป็นเครื่องตัดสินทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง โดยพยาบาลแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยครั้งแรกที่พบกัน เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง แนะนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง บอกวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเกิดความคุ้นเคยระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และให้พระสงฆ์แนะนำตัวกับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ทำความรู้จักกันเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 2: การสำรวจและค้นหาปัญหาโดยการเชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้า และเรียนรู้เกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม จะสามารถช่วยควบคุมอาการของโรคได้ ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ได้แก่ การเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ตัวตนและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเราเป็นอย่างไร การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะ

เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3: เปิดใจปรับทุกข์ การรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง เนื่องจากการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกต่อคุณค่าของตนเองจะทำให้สามารถประเมินตนเอง รู้จักตนเองในการค้นหาข้อดีของตนเองได้ จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องปัญหาความทุกข์ใจ คับข้องใจของตนเองที่อยากจะระบาย ให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟัง โดยให้ท่านพูดคุยกันแบบเปิดใจ ปักจี้บำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่ การได้ระบายออก การผูกพันจิตใจต่อกัน ความรู้สึกอันเป็นสากล ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน และ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4: การพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ในส่วนของกิจกรรมนี้ จะเน้นในเรื่องของการทำใบงานค่อนข้างมาก ซึ่งจะให้สมาชิกกลุ่มเขียนตามความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง การฝึกทักษะการมองจุดดีของตนเองและผู้อื่น ฝึกการมองโลกในแง่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง มั่นคง เผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดี มีการพัฒนาความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) และ การได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factor)

กิจกรรมครั้งที่ 5: การเผชิญปัญหา เรียนรู้ และการจัดการกับอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจ ท้อแท้ และเศร้าได้ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า



จะทำให้ร่างกายและจิตใจสงบและผ่อนคลายทำให้มีการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมดีขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่มและให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้สะท้อนให้เห็นถึงข้อดี สิ่งๆ ในตัวของเพื่อนแต่ละคนเพื่อให้เกิดตระหนักรู้ในตนเองมากยิ่งขึ้น และเป็นการส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในชีวิตของตนเองมากขึ้น ด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มประกอบด้วย

กิจกรรมครั้งที่ 6: การพัฒนาทักษะการกลับสู่สังคม การสื่อสารมีความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อตนเอง มีภาวะเศร้า และส่งเสริมให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ทั้งนี้การมีจุดหมายในชีวิต เป็นการฝึกฝนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองอนาคต จะช่วยให้มีความหวัง และวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกในการทำกิจกรรมกลุ่มทั้ง 6 ครั้งที่ผ่านมาของตนเองกับเพื่อนสมาชิกกลุ่มและให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันวางแผนและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนตนเองไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขหลังเสร็จสิ้นจากการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง พยาบาลให้สมาชิกกลุ่มบอกเรื่องที่ความต้องการจะปรับเปลี่ยนพัฒนาตนเองจริงๆ ให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มฟัง เนื้อหารายละเอียดทั้งหมดโดยให้ทำด้วยตนเองทั้งหมดทั้งกระบวนการ หลังจากสมาชิกกลุ่มทำใบงานเสร็จครบทุกรูปแล้ว พยาบาลสอบถามความรู้สึกที่สมาชิกกลุ่มมีต่อกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมใน

ครั้งสุดท้ายนี้รวมถึงกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา สำหรับปัจจัยบ่าบัดที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมนี้ ได้แก่การได้เรียนแบบพฤติกรรม ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน การรู้สึกมีความหวัง และการได้รับรู้ถึงความจริงของชีวิต

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Thai Interpersonal Questionnaire) ฉบับภาษาไทย โดย พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2553) ซึ่งแปลมาจาก Weissman and Verdeli (2000) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) = .90 ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ (รหัสโครงการ RI 5/2564) ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ ทั้งนี้ตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการศึกษา โดยการปฏิเสธหรือการถอนตัวนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์ ถูกป้องกันโดยมีรหัสผ่านมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถ เข้าถึงข้อมูลได้ โดยไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังจากที่งานวิจัยเสร็จสิ้นจำนวน 3 ปี



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยก่อนเริ่มทำการทดลอง โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา โดยผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองและผ่านการประเมินความสามารถในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองก่อนเริ่มต้นเก็บข้อมูลงานวิจัย ส่วนการเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้โทรไปสอบถามความสนใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างทุกคนยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาตามวัน เวลา

2. **ขั้นดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มทดลอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นต้น ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้าโดยแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อเป็นการป้องกันอคติ (bias) ที่อาจเกิดขึ้น จึงปฏิบัติตามคำแนะนำของแบบประเมินนี้อย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยให้พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้า เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยทำการเก็บแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ทันที และแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดการทดลองทันที หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลองใน 4 สัปดาห์

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง (Pre-test) ก่อนการดำเนินการกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากพระวินยาธิการของโรงพยาบาลสงฆ์ ให้จัดกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ณ ห้องพระวินยาธิการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่กว้างขวางและมีความเป็นส่วนตัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาเห็นสมควรแล้วว่า ห้องพระวินยาธิการนี้ เหมาะสมในการจัดทำกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมากที่สุด

รวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (Post-test) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 จะดำเนินการประเมินอาการซึมเศร้า และเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 จะดำเนินการประเมินอาการซึมเศร้าและประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของกลุ่มทดลองหลังจากกลุ่มตัวอย่างหลังตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าก่อน และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 3. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนอาการซึมเศร้าเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(%)	Mean (S.D)
1. อายุ (ปี)	15 (100.0)	49.5 (7.7)
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3 (20.0)	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (13.3)	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (6.7)	-
อนุปริญญา/ปวส.	5 (33.3)	-
ปริญญาตรี	4 (26.7)	-
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต (ปี)	15(100.0)	12.9 (10.6)
4.1 ความคิดทำร้ายตัวเอง		
ไม่เคย	10(66.7)	-
เคย	5(33.3)	-
4.2 เคยทำร้ายตัวเอง		
ไม่เคย	13(86.7)	-
เคย	2(13.3)	-
5.1 คนในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้าฯ		
ไม่มี	10(66.7)	-
มี	5(33.3)	-
5.2 คนในครอบครัวมีอาการซึมเศร้านาน (ปี)	-	8.67 (15.06)
5.3 คนในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการรักษาหรือไม่		
ไม่ได้รับ	2(33.3)	-
ได้รับ	3(66.7)	-

จากตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 15 รูป มีอายุเฉลี่ย 49.5 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส.จำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 33.3 ด้านประวัติการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉลี่ย

12.9 ปี เคยความคิดทำร้ายตัวเองร้อยละ 33.3 และทำร้ายตัวเองร้อยละ 13.3 ส่วนประวัติอาการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว พบว่าคนในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้าฯ ร้อยละ 33.3 มีอาการซึมเศร้านานโดยเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 8.67 ปี ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 66.7



ตารางที่ 2 แสดงอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท

อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม	SS	df	MS	F	p-value
อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม	1053.783*	1.110	949.046	22.287	<.0001
Error (อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม)	661.967	15.545	42.584		

* P <.05

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่า $p\text{-value} < .0001$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า ค่าระดับนัยสำคัญ .05 อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท โดยใช้สถิติ Repeated-measures ANOVA พบว่า ภาพรวม โรคจิตเภท แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ครั้ง

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทภาพรวม

คณะ	$\bar{x}$	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	หลังร่วมเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์	หลังร่วมเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์
		12.733	3.267	2.733	3.200
ก่อนเข้าโปรแกรม	12.733	-	9.467* (.003)	10.000* (.001)	9.533* (.002)
หลังเข้าโปรแกรม	3.267	-	-	.533 (1.000)	.067 (1.000)
หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์	2.733	-	-	-	-.467 (.784)
หลังเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์	3.200	-	-	-	-

* P <.05

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ อาการซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท พบว่าก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดฯ กับหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่า

$p\text{-value}$ เท่ากับ .003, .001 และ .002 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่า .05 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) กล่าวคือ อาการซึมเศร้าก่อนการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทแตกต่างกับอาการซึมเศร้าหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภททันที หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า คณะแผนกเสียอาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยแสดงว่า อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทลดลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง สาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ⁶ ความรู้สึกโดดเดี่ยวและความบกพร่องในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น¹²ทำให้เกิดความเครียดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁶ รวมทั้งการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ วิธีการดูแลตนเอง การเอาใจใส่พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่มส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ปัญญา¹⁷ พบว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

เนื่องจากการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom¹⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน นานครั้งละ 60 – 90 นาที ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสำรวจประสบการณ์การเกิดอาการซึมเศร้า เรียนรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินและสังเกตอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งเรียนรู้วิธีการตอบสนองต่ออาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

โดยผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องรู้สึกตัวผ่านการใช้ความคิด ประเมิน ตัดสินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สาเหตุการรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากอาการ การตอบสนองต่ออาการ การให้ความรู้ และการนำวิธีการที่ได้มาฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการซึมเศร้าได้ด้วยตนเอง จึงทำให้อาการซึมเศร้าลดลง

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทพัฒนามาจากแนวคิดกลุ่มจิตบำบัด ของ Yalom (1995)¹⁶ โดยใช้เทคนิคการให้ความเชื่อมั่น การสนับสนุน การแนะแนว การปลอบใจ การระบายอารมณ์ความคิด และความรู้สึก ซึ่งมีปัจจัยบำบัด รวมทั้งการที่สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ภาวะซึมเศร้าลดลง⁶ สอดคล้องกับบริยัณันท์ สละสวัสดิ์และคณะ¹⁸ ซึ่งทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นฆราวาสทั่วไปและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีผลทำให้อาการซึมเศร้าของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจิตเภทลดลงได้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ควรนำมาใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในรายที่มีความพร้อม และประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคลผ่านเกณฑ์ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ภายในจิตใจ สามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัย ติดตามผลลัพธ์ของการทำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในระยะ



ยาเพื่อติดตามประสิทธิผลของการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคอง ไปศึกษาใช้กับบุคคลกลุ่มอื่นเพื่อลด ภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ดูแล และผู้ต้องหาในเรือนจำ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคอง โดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือนและ 1 ปี โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ขอขอบคุณพระสงฆ์โรคจิตเภท และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงฆ์ทุกท่าน รวมถึงผู้เกี่ยวข้อง ในการทำวิจัยครั้งนี้

Reference

1. Gaebel W, Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2015; 69 (11):661–73.
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report of the Department of Mental Health, fiscal year 2017. Bangkok: Bangkok Block Company; 2017. (In Thai)
3. Priest Hospital. Out Patient Department Registration. Bangkok; Thailand; 2021. (In Thai)
4. Piammongkol P. Mental health and psychiatric nursing. First edition. Bangkok: Thammasarn Company; 2019. (In Thai)
5. Salasawadi P. Prevalence and predictive factor of depression among schizophrenia in in-patient's unit, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*. 2013;7(1):37-48.
6. Haug E, GlenneØie M, Andreassen A, Bratlien U, Romm L, Møller P, et al. The association between anomalous self-experiences, self-esteem and depression in first episode schizophrenia. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016;10:557–64.
7. Bozikas P, Parlapani E, Holeva V, Skemperi E, Bargiota I, Kirla D, et al. Resilience in patients with recent diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2016;204(8):578–84. doi: 10.1097/NMD.0000000000000541.
8. Schrank B, Amering M, Grant A, Weber M, Sibitz I. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: A comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2014;23(3): 271–79.
9. He C, Zhang X, Xia Q, Gao H, Yan J, Chen X, et al. Exploring the link between cognitive deficit, self-esteem, alexithymia, and depressive symptom of schizophrenia. *Brain and Behavior*.



- 2022;12(7):e2648.doi: 10.1002/brb3.2648
10. Fang X, Wu Z, Wen L, Zhang Y, Wang D, Yu L, et al. Rumination mediates the relationship between childhood trauma and depressive symptoms in schizophrenia patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2022. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01525-2>
11. Rossi A, Galderisi S, Rocca P, Bertolino A, Rucci P, Gibertoni D, et al. Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self-esteem, resilience and internalized stigma. *Psychiatry Research* 2017; 256:359–64.
12. Golubovic B, Gajic Z, Ivetic O. Factors associated with depression in patients with schizophrenia. *Acta Clin Croat*. 2020; 59:605-614 doi:10.20471/acc.2020.59.04.06.
13. Kosiyakul J, Saiboonsri U. Factors Associated with the Onset of Major Depression Disorder at Outpatient Department in Priest Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2011;56(3):267-76
14. Thungpunkham P. Psychotherapy group for health personnel. Chiang Mai: Nantaphan Printing. 2017. (In Thai)
15. Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophrenia bulletin*. 2017;43(2):240-44.
16. Yalom, I.D. (1995) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 4th Edition, Basic Books(AZ), New York.
17. Panya S, Dangdomyouth P. The Effect of Group Interpersonal Psychotherapy on Depression Among Patients with Depressive Disorder. *Journal of The Police Nurse*. 2015; 7(1): 263-78. (In Thai)
18. Salasawadi P, Soontaradechakit R, Klancprapan P, Suriyachai S. Effects of group supportive psychotherapy program on depression in patients with schizophrenia. *Journal Psychiatric and Mental Health Nurse*. 2016;30(3):121-33. (In Thai)



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบสมัคร สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)
☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน
โทรศัพท์ e-mail

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)

มีความประสงค์จะ ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ปี..... ☐ ต่ออายุสมาชิก ปี.....

ค่าสมาชิก 1 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

โดยสมาชิกสามารถอ่าน และ Download วารสารฉบับ ON LINE ผ่าน www.tci-thaijo.org

(หมายเหตุ: ท่านสามารถสมัครสมาชิกได้มากกว่า 1 ปี)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

(ตัวอักษร)

และได้ชำระเงินค่าสมาชิกเป็น

☐ เงินสด

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

.....
(.....)

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่ เดือน พ.ศ.....



กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปชานันท์ นันไทยวิกุล

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : ธีระพงษ์ ยุพากิจ

โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130 E-mail address: jnsu@chula.ac.th

รายนามคณาจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.รัตน์ศิริ	ทาโต	Prof. Dr. Ratsiri Thato
รศ.ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ	Assoc. Prof. Dr. Penpaktr Uthis
รศ.ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข	Assoc.Prof.Pol. Capt. Dr. Rapin Polsook
รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์	สาส์ตย์	Assoc. Prof. Capt. Dr. Siriphan Sasat
รศ.ดร.สุรีพร	ธนศิลป์	Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp
รศ.ดร.อารีย์วรรณ	อ่วมตานี	Assoc. Prof. Dr. Areewan Oumtanee
ผศ.ดร.นพมาศ	พัทธอง	Asst. Prof. Dr. Noppamat Pudtong
ผศ.ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ	Asst. Prof. Dr. Noraluk Ua-kit
ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์	นันทไทยวิทกุล	Asst. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanat Nunthaitaweekul
ผศ.ดร.ปิ่นหทัย	ศุภเมธพร	Asst. Prof. Dr. Pinhatai Supametaporn
ผศ.ดร.เพ็ญภา	แดงด้อมยุทธิ์	Asst. Prof. Dr. Pennapa Dangdomyouth
ผศ.ดร.รัชนิกร	อุปเสน	Asst. Prof. Dr. Ratchaneekorn Upasen
ผศ.ร.อ.หญิง ดร.วาสินี	วิเศษฤทธิ์	Asst. Prof. Capt. Dr. Wasinee Wisesrith
ผศ.ดร.สุตาพร	สถิตยुทธการ	Asst. Prof. Dr.Sudaporn Stithyudhakarn
ผศ.ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง	Asst. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring
ผศ.ดร.สุนิดา	ปรีชาวงษ์	Asst. Prof. Dr. Sunida Preechawong
ผศ.ดร.สุนิศา	สุขตระกูล	Asst. Prof. Dr. Sunisa Suktrakul
ผศ.ดร.สุรศักดิ์	ตรีชัย	Asst. Prof. Dr. Surasak Treenai
ผศ.ดร.สุวิมล	โรจนาวี	Asst. Prof. Dr. Suwimon Rojnawee
อ.ดร.ชลลดา	จงสมจิตต์	Lecturer Dr. Chollada Jongsomjitt
อ.ดร.ศกุนตลา	อนุเรือง	Lecturer Dr. Sakuntala Anuruang
อ.ดร.ศิริภา	จิตติมณี	Lecturer Dr. Sirinapha Jittimanee
อ.ภาวิณี	ชัยกลาง	Lecturer Parvinee Saiklang
อ.สินีนาท	วราโศค	Lecturer Sineenat Waraphok

