

วารสารพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสยาม

Journal of Nursing, Siam University

ปีที่ 22 ฉบับที่ 42 มกราคม – มิถุนายน 2564

Vol.22 No.42 January – June 2021

ISSN 1513-5454

สารบัญ

ชื่อบทความ	หน้า
คำแนะนำในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ระหว่างการแพร่ระบาดโควิด-19: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต พัชรินทร์ เงินทอง และคณะ	10-29
ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่งกล้อง ความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยโรกระบบทางเดินปัสสาวะ เอมอร สีสั่ง ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา และ สุริยา พองเกิด	30-46
รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ชัตติยาพร คนเที่ยง วัลลภา ทรงพระคุณ และ เพ็ชรินทร์ เขียวสิงห์	47-59
การสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลรามาริบัติ: การวิจัย เอกสาร นิตยา ปรีชายุทธ อัญชลี ซาติกิตติสาร ณิชา ชุนอินทร์ และ อธิราภรณ์ จันทร์ดา	60-74
พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร สินีนาง ขวตระการ วราภรณ์ คำรศ ศุภลักษณ์ พลพิทักษ์ และ ภาณุพงศ์ ภูตระกูล	75-84
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์	85-96
การออกจากกลุ่มก่อนกำหนดของสมาชิกในกลุ่มจิตบำบัดระยะยาวกับเทคนิคต่างๆ ของผู้บำบัด บุญยวีร์ เสนาบุญญฤทธิ์	97-107
การเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือประชาคมอาเซียนในการ จัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงวัยอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม ลัญชนา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ และ รัชพร ศรีเดช	108-115



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามที่รักทุกท่าน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้เป็นปีที่ 22 ฉบับที่ 42 (มกราคม-มิถุนายน 2564) นะคะ ก่อนอื่นกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจวารสารของเราทั้งการหยิบอ่านและการส่งบทความมาลงพิมพ์ค่ะ ซึ่งบางท่านบอกว่ากระบวนการพิจารณาเรื่องที่จะลงพิมพ์ใช้เวลานานมาก ทั้งนี้เนื่องจากวารสารของเราอยู่ใน TCI กลุ่ม 2 ดังนั้นกระบวนการทำงานจึงต้องใช้เวลาและต้องอยู่ในกรอบเวลาที่ TCI กำหนดนะคะ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการ จำนวนทั้งสิ้น 8 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยที่น่าสนใจมากมาย เริ่มจาก เรื่องที่ 1 เป็นบทความ เรื่อง “คำแนะนำในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต” เรื่องที่ 2 “ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่งกล้อง ความวิตกกังวล และความปวด ของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ” เรื่องที่ 3 เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน” เรื่องที่ 4 เรื่อง “การสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลรามาธิบดี: การวิจัยเอกสาร” เรื่องที่ 5 “พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร”

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 1 “ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด” เรื่องที่ 2 “การออกจากกลุ่มก่อนกำหนดของสมาชิกในกลุ่มจิตบำบัดระยะยาวกับเทคนิคต่างๆ ของผู้บำบัด” และเรื่องที่ 3 “การเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือประชาคมอาเซียนในการจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงวัยอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม”

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้เขียนบทความทุกท่าน ที่ให้เกียรติและให้ความสำคัญกับวารสารของเรา และขอเชิญชวนท่านที่มีผลงานวิจัยหรือมีบทความวิชาการที่ประสงค์จะลงพิมพ์ในวารสารทางวิชาการกรุณาจัดพิมพ์บทความตาม “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์” ซึ่งอยู่ในหน้า 6 นะคะ ส่วนท่านผู้อ่านที่สนใจจะสมัครเป็นสมาชิกวารสารของเรา สามารถสมัคร ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> หรือติดต่อให้คำแนะนำและติชมสามารถส่งมาได้ที่ jsiamns@siam.edu แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ



บรรณาธิการ



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น และประสบการณ์ด้านการพยาบาล และการศึกษาศาสาวิทยาการสาธารณสุขสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ สาขาศาสาวิทยาการสาธารณสุขสุขภาพ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

38 ถนนเพชรเกษม ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

โทร 0-2457-0068 ต่อ 5203, 5216 โทรสาร 0-2457-0068 ต่อ 5216

อีเมล jsiamns@siam.edu

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัญภาค | มหาวิทยาลัยสยาม (บรรณาธิการ) |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เฟไ | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | เจ้าหน้าที่บ้านาญ สภาอากาศไทย |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินนุทยา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 6. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 7. อาจารย์ เรือเอกหญิงนิชา วงษ์ชาญ | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 8. ดร.ทิวารณ์ เฉลิมพิชัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ดร.นิชาภา พัฒนนิชกุล | มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |
| 10. ดร.ประภาศรี เบญจศิริลักษณ์ | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 11. อาจารย์นาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 12. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |



- | | |
|---------------------------------------|--|
| 13. อาจารย์ปทุมทิพย์ อุดลวัฒนศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 14. อาจารย์พัชร รัศมีแจ่ม | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 15. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสุขัญญ์ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 16. อาจารย์อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์ | มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |
| 17. ดร.ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 18. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 19. ดร.ศนิกานต์ ศรีมณี | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 20. เรือเอกหญิง ดร.วิภาณันท์ ม่วงสกุล | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 21. ดร.วราภรณ์ คำรศ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 22. อาจารย์สุจิตราภรณ์ ทับครอง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 23. อาจารย์ณิคมล ขวัญเมือง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 24. อาจารย์สุธิดา ดีหนู | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 25. อาจารย์ขวัญเรือน ก้าวิตุ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 26. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 27. อาจารย์นฤมล อังศิริศักดิ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 28. อาจารย์รัฐกานต์ ข้าเขียว | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 29. อาจารย์ศิรินา สันทัดงาน | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 30. อาจารย์รัตนภรณ์ คำทะเนตร | มหาวิทยาลัยสยาม |

ฝ่ายจัดการทั่วไป

1. พันจ่าเอก ดร.ภูมเดช ชาญเบญจพิภู มหาวิทยาลัยสยาม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ มหาวิทยาลัยสยาม

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัญญาพร สีหิรัญวงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |

6. รองศาสตราจารย์ พัฒนพงศ์ คุ่มทวีพร มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา
10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
12. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
13. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์ มหาวิทยาลัยพายัพ
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์เชื้อ มหาวิทยาลัยมหิดล
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร มหาวิทยาลัยมหิดล
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.อมรรักษ์ งามสวย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยกุล รัชกุล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ มหาวิทยาลัยบูรพา
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุขศิริ ประสมสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พล.ร.ต.หญิง ดร.สุภัทรา เอื้อวงศ์ มหาวิทยาลัยสยาม
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ มหาวิทยาลัยสยาม
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ มหาวิทยาลัยสยาม
26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี ประคินกิจ มหาวิทยาลัยสยาม
27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา มัททวงกูร มหาวิทยาลัยสยาม
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุ่บบางกะดี มหาวิทยาลัยมหิดล
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีนุช พุ่มมณี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพกา ปัญญาใหญ่ มหาวิทยาลัยพายัพ
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตกา ธรรมรัตนกุล วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ



34. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แยมสุดา

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

35. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

36. ดร.จิตรลดา พิริยศาสน์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

37. ดร.ชรินทร์ ขวัญเนตร

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

38. ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

39. ดร.จารุณี สรภุช

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ขอเรียนเชิญสมาชิกวารสารฯ และผู้สนใจส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ หรือเผยแพร่เนื้อหาเต็มรูปแบบในเอกสารใด หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น เนื้อหาไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วารสาร น่าสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพได้

ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการ เมื่อผ่านการพิจารณาขั้นต้นแล้วกองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 2 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ

ประเภทบทความ

1. บทความวิจัยทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. บทความวิจัยหรือวิชาการต้องไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ระหว่างพิจารณาเผยแพร่ในวารสารใด ๆ กรณีบทความเคยนำเสนอในการประชุมวิชาการซึ่งมี Proceeding ผู้นิพนธ์ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและระบุในบทความบริเวณเชิงอรรถ โดยระบุชื่อการประชุมและปีที่น่าเสนอ
2. บทความวิจัยหรือวิชาการที่มีผู้ร่วมนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
3. บทความวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
4. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้นิพนธ์ปรับบทความโดยพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน โดย Double blind และกองบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว
5. การออกไปรับรองการตีพิมพ์เผยแพร่บทความจะระบุปีและฉบับที่บทความเผยแพร่ซึ่งจะดำเนินการ ภายหลังการปรับบทความและได้รับการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการให้ผ่านเข้ากระบวนการเตรียม ต้นฉบับตีพิมพ์ได้แล้วเท่านั้น
6. ความยาวของบทความวิจัย 10 – 12 หน้า และบทความวิชาการ 8 – 10 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง
7. ผู้นิพนธ์ส่งบทความออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> โดยสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฟรี

8. ขอความร่วมมือจากผู้นิพนธ์ในการอ้างอิงบทความที่เคยลงในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม อย่างน้อย 1-2 เรื่อง
9. ผู้นิพนธ์ชำระค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเรื่องละ 2,000 บาท ตามแบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์ บทความ (วพส 01) ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม พร้อมแนบเอกสารการชำระเงินในขั้นตอนการ submission บทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าตีพิมพ์บทความ กรณีบทความไม่สามารถเผยแพร่ผ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามได้
10. กรณีผู้นิพนธ์ยกเลิกการเผยแพร่บทความภายหลังได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบค่าดำเนินการทั้งหมด 3,000 บาท (รวมค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเมื่อแรกส่งบทความ) หากผู้นิพนธ์ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง กอง บก.ดำเนินการเรียกเก็บค่าปรับไปยังหน่วยงานต้นสังกัด และ บัณฑิตวิทยาลัย (กรณีวิทยานิพนธ์) และประกาศแจ้งต่อวารสารเครือข่ายร่วมรวมถึงหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ MS word อักษร TH SarabunPSK
2. ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ อักษรขนาด 18 ตัวหนา จัดกลางหน้ากระดาษ
3. ผู้นิพนธ์ทุกท่านระบุ ชื่อ-สกุล และตัวย่อคุณการศึกษาขีดขอบขวา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การระบุยศ/ตำแหน่ง สถานที่ติดต่อ/ต้นสังกัด e-mail address บริเวณเชิงอรรถใช้สัญลักษณ์ตัวเลขอารบิก และระบุ corresponding author ด้วย
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 3 คน ระบุชื่อผู้นิพนธ์บรรทัดละ 2 คน โดยวงเล็บภาษาอังกฤษต่อท้ายชื่อภาษาไทยแต่ละคน
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 5 คนระบุเฉพาะผู้นิพนธ์ชื่อแรกโดยระบุหัวหน้าโครงการและคณะ
4. บทคัดย่อภาษาไทยสอดคล้องกับภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำ
5. คำสำคัญที่เป็นคำนาม ทั้งภาษาไทย และอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
6. เนื้อหา ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง
 - หัวข้อแต่ละเนื้อหาอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - เนื้อหาทั่วไปอักษรขนาด 16 ธรรมดา จัดรูปแบบ 2 คอลัมน์ ห่างขอบปกติทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร การย่อหน้าตั้งเคาะปกติ 1.27 เซนติเมตร ยกเว้น เอกสารอ้างอิง ใช้อักษรขนาด 14 ธรรมดา
7. ตารางแสดงผลการวิจัยใช้รูปแบบเต็มหน้า ตารางไม่มีขอบซ้ายและขวา ขอบบนและล่างใช้เส้นแบบ 2 แถบ ระหว่างข้อมูลในตารางไม่มีเส้น (อาจมีเส้นคั่นบางกรณีข้อมูลมีรายละเอียดมาก เพื่อสะดวกต่อการอ่าน) ลำดับที่หัวตารางใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ข้อมูลในตารางใช้ตัวอักษรขนาด 14 ธรรมดา
8. รูปประกอบในบทความควรใช้โปรแกรม PDF หรือ MS word เพื่อความคมชัดเมื่อตีพิมพ์

9. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายบทความ (Reference) จะต้องสอดคล้องตรงกันตามรูปแบบ APA 6th (American Psychological Association)

การอ้างอิงในเนื้อหา

- การอ้างอิงครั้งแรก

ผู้นิพนธ์คนไทย (ชื่อนามสกุลผู้นิพนธ์ทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์)

ผู้นิพนธ์ต่างประเทศ (นามสกุลทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะนามสกุลผู้นิพนธ์แรก, ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

- การอ้างอิงครั้งต่อไป (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์) หรือภาษาอังกฤษ (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

การอ้างอิงท้ายบทความ

9.1 รูปแบบวารสาร: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./(ปี)./ชื่อเรื่อง./ชื่อวารสาร./ปีที่ (ฉบับที่)/หน้า.

9.2 รูปแบบหนังสือ: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./(ปี)./ชื่อหนังสือ./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 6 คนหรือน้อยกว่า

ผู้แต่ง 1./ผู้แต่ง 2./ผู้แต่ง 3./ผู้แต่ง 4./ผู้แต่ง 5 และผู้แต่ง 6./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่งมากกว่า 6 คนขึ้นไป

ผู้แต่ง 1./ผู้แต่ง 2./ผู้แต่ง 3./ผู้แต่ง 4./ผู้แต่ง 5./ผู้แต่ง 6, ... ผู้แต่งคนสุดท้าย./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

9.3 กรณีผู้นิพนธ์คนไทยแต่ผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อนเช่นเดียวกับผู้นิพนธ์ต่างประเทศ ผู้นิพนธ์ต่างประเทศขึ้นต้นด้วยนามสกุลคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง

9.4 กรณีชื่อบรรณาธิการ ใส่ (บก.). หรือ (Ed.). ท้ายชื่อ

9.5 กรณีไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์ ใส่ชื่อหน่วยงานขึ้นต้น

ตัวอย่าง

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของ

ผู้ป่วยหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,

บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). การวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติด้วย SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เอส อาร์พรีนติ้งแมสโปรดักส์จำกัด.



- ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, ปีที่18(35), 24 – 36.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม*. สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 59, จาก [http:// goo.gl/KLPB5T](http://goo.gl/KLPB5T)
- Assanangkornchai, S., & Edwards, J. G. (2015). Screening for nicotine and drug use disorders. *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (207- 223): Springer.
- Mercer, D. W., Kent, A., Nowicki, S. D., Mercer, D., Squier, D., Choi, W., ...Morgan, C. (2004). *Beginning PHP5*. Indianapolis, IN: Wiley.
10. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา กรณีอ้างอิงเว็บไซต์ต้องเป็นของหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ไม่อ้างอิงความคิดเห็นบน blog/หน้าเพจ หรือ wikipedia

กองบรรณาธิการ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

คำแนะนำในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด
ระหว่างการแพร่ระบาดโควิด-19: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต
Recommendations for Antenatal, Intrapartum and Postpartum care
during COVID-19 Pandemic: A Scoping Review

Received: March 19, 2021

Revised: May 7, 2021

Accepts: May 14, 2021

พัชรินทร์ เงินทอง¹ และคณะ

Patcharin Ngoenthong (Ph.D, M.N.S)

บทคัดย่อ

การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (Corona Virus) หรือโควิด-19 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพทั่วโลกตั้งแต่เดือนธันวาคม 2019 ทำให้เกิดการติดเชื้ออย่างรวดเร็วและการเสียชีวิตทั่วโลก สตรีตั้งครรภ์ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสกับการติดเชื้อและผลกระทบที่จะตามมาในภายหลัง จากการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ระบาดอย่างรวดเร็วทำให้มีข้อมูลจำนวนมากจำเป็นต้องมีการรวบรวมจัดระเบียบ เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลและผดุงครรภ์ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ โควิด-19

วัตถุประสงค์ เพื่อสรุปคำแนะนำในการดูแลและพิจารณาประเด็นข้อขัดแย้งอย่างเป็นระบบในการปฏิบัติการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด สำหรับพยาบาลและผดุงครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19

รูปแบบและวิธีการดำเนินการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ตามแบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute)

ผลการวิจัย งานวิจัยทั้งหมด 1,471 เรื่องที่คัดเข้าพิจารณาและหลังจากคัดข้อมูลซ้ำออกแล้ว มีงานวิจัยผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 25 เรื่อง ผลลัพธ์ของการวิจัยใช้วิธีการสรุปบรรยายเชิงเนื้อหาแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลทั่วไป คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีในระยะคลอด และคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะหลังคลอด

สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการทบทวนที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในช่วงการแพร่ระบาดโควิด-19 ควรมีการศึกษาและทำงานวิจัยปฐมนุ้เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนและยังมีข้อโต้แย้ง

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมแบบมีขอบเขต, โควิด-19, ระยะตั้งครรภ์, ระยะคลอด, ระยะหลังคลอด

¹ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่, Thailand

Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Thailand

Corresponding author: booboss117@hotmail.com

Abstract

Corona Virus infection or COVID-19 pandemic has been a global health emergency since December 2019 which has been associated with a rapid increase in infection cases and a high number of deaths worldwide. With the spread of COVID-19, pregnant women, as a high-risk group, are exposed to infection and adverse consequences. While the information regarding the effects of COVID-19 is fast-changing, it is fragmented and needs to be more organized for nurses and midwives who take an important role in keeping women and babies safe from COVID-19 infection and preventing unintended adverse consequences.

Objective The objective of this study was to summary a systematic overview of The existing knowledge and consider controversy point relations of nurses and midwives to care for women in the antenatal, intrapartum and postpartum periods during COVID-19 pandemic.

Methods Scoping Review by using the Joanna Briggs Institute method

Results A total of 1,471 studies were identified. After duplications were removed, all articles that meet the inclusion criteria were considered and 25 studies were deemed eligible for this study. Narrative summarization was used. The findings of the study are divided into four categories including general recommendation, antenatal recommendation, intrapartum recommendation and postpartum recommendation.

Conclusion This scoping review should be used as a guide to care suspected cases of Covid-19 during COVID-19 pandemic. The researcher should conduct primary research. Especially, focus on an unclear evidence and controversial point.

KEYWORDS: Recommendation, COVID-19, Antenatal, Intrapartum, Postpartum, Scoping review

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Novel coronavirus 2019) หรือโควิด-19 (Covid-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ พบเป็นครั้งแรกที่ นครอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 และมีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็วในมณฑลหูเป่ย์ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั้ง

แพทย์ พยาบาล และประชาชนทั่วไป ซึ่งในขณะนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อสูงถึง 38,800 รายและเสียชีวิตมากกว่า 1,113 ราย (Asadi, Tabatabaei, Safinejad, & Mohammadi, 2020) การติดเชื้อได้แพร่กระจายไปทั่วโลก โดยมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 82 ล้านคนและเสียชีวิตมากกว่า 1.8 ล้านคนทั่วโลก (ข้อมูล ณ วันที่ 3 มกราคม

2020) และยังมีแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การติดเชื้อโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 (The World Health Organization [WHO], 2020) ซึ่งประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อ จากรายงานเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2563 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 4,907 ราย เสียชีวิต 60 ราย เพิ่มเป็นผู้ป่วยยืนยันสะสม 7,694 ราย เสียชีวิต 64 ราย และยังคงพบผู้ป่วยรายใหม่อย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย, 2563) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยปัจจุบันวันที่ 4 มกราคม 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเขตพื้นที่ควบคุมและพื้นที่เฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อโควิด โดยแบ่งเป็นพื้นที่สีแดง สีส้ม และสีเหลืองครอบคลุมทุกจังหวัด ซึ่งแสดงถึงการติดเชื้อได้แพร่กระจายไปทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย, 2563)

การแพร่กระจายของโคโรนาไวรัสหรือโควิด-19 ผ่านทางบุคคลสู่บุคคลเป็นหลัก การแพร่กระจายเชื้อผ่านการไอ การจาม หรือการสัมผัสพื้นผิวของสิ่งของที่ผู้ติดเชื้อเคยใช้ ซึ่งคล้ายกับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจแบบอื่น (Asadi et al., 2020) หลังจากได้รับเชื้อผู้ป่วยจะมีอาการมากหรือน้อยแตกต่างกัน โดยมากอาการมักจะเริ่มที่มีไข้ (อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส) ไอ มีเสมหะ จมูกไม่ได้กลิ่น อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท้องเสีย หายใจลำบาก และบางรายมีภาวะการหายใจล้มเหลว (Ali Khan, M Khan, N Mustagir, Rana, Haque, & Rahman, 2020; Johar, 2020) แม้ว่าปัจจุบันจะมีการรายงานว่าการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ไม่แตกต่างจากการติดเชื้อในประชากรกลุ่มอื่นแต่ก็ยังไม่สามารถยืนยันได้ชัดเจน จากความ

เห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่า เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของทุกระบบ เช่น การแบ่งคลอดที่ต้องใช้พลังงานและการหายใจแบบลึกเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจน การคลอดบุตร ทำให้สตรีเหล่านั้นเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย และสามารถพัฒนาเป็นภาวะปอดบวมอย่างรุนแรงได้ (Stanczyk, Jachymski, & Sierozewski, 2020; Poon et al., 2020)

จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าอาการและอาการแสดงในสตรีตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตั้งแต่ไม่มีมีอาการ มีอาการเล็กน้อย และอาการรุนแรง จนถึงปอดอักเสบเฉียบพลันหรือการหายใจล้มเหลว (de Sousa et al., 2020) อัลซามอร่าและคณะ (Alzamora et al, 2020) รายงานอาการทั่วไปจากการติดเชื้อไวรัสโควิด -19 ในสตรีตั้งครรภ์ว่ามักเกิดอาการภายใน 9- 14 วัน โดยอาการเริ่มต้นเป็นการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไข้ต่ำ ๆ หายใจตื้น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของเอลเฟรย์และคณะ (Elshafeey et al., 2020) พบว่า ร้อยละ 7.5 ของสตรีตั้งครรภ์ไม่มีอาการ และอาการที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ มีไข้ (ร้อยละ 67.3) ไอ (ร้อยละ 65.7) หายใจลำบาก (ร้อยละ 7) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 7) รู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 6.2) และหนาวสั่น (ร้อยละ 5.5) การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดยังมีจำกัด ดังนั้นผลกระทบของการติดเชื้อไวรัสโควิดที่มีต่อสุขภาพของมารดาและทารกจึงยังไม่ชัดเจนรวมถึงการติดต่อจากมารดาสู่ทารก อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าผลกระทบที่มีต่อสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำแตก ก่อนกำหนด การเกิดภาวะเครียดของทารกในครรภ์

หัวใจทารกเต้นเร็วผิดปกติ (de Sousa et al., 2020) ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกคลอด และมีรายงานการเสียชีวิตของมารดาจากระบบการหายใจล้มเหลว (Liang, & Acharya, 2020)

พยาบาลและผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและทารก ในระหว่างการระบาดของไวรัสโควิด -19 โดยทำหน้าที่เป็นด่านหน้าในการให้ความรู้และจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้า จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นพบว่าคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดยังมีความแตกต่างกัน เช่นการศึกษาของโบลิกและคณะ (Boelig et al., 2020) ให้คำแนะนำว่าการให้ออกซิเจนแก่สตรีในระยะคลอดไม่มีประโยชน์ต่อทารกในครรภ์ และอาจเพิ่มความเสี่ยงแก่บุคลากรทางสุขภาพ ในขณะที่ เซนและคณะ (Chen et al., 2020) ให้คำแนะนำว่าควรให้ออกซิเจนแก่สตรีในระยะคลอดทันทีและควรเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติของทารกในครรภ์ ซึ่งคำแนะนำที่แตกต่างกันอาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลและผดุงครรภ์ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดยังมีจำกัดและข้อมูลเกี่ยวกับโรคมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Abdollahpour, & Khadivzadeh, 2020) นอกจากนี้ยังไม่พบการทบทวนในประเทศไทยเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดโดยตรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตเพื่อสรุปคำแนะนำในการดูแลและพิจารณาประเด็นข้อขัดแย้งให้ชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลและผดุงครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสรุปคำแนะนำในการดูแลและพิจารณาประเด็นข้อขัดแย้งอย่างเป็นระบบในการปฏิบัติการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดสำหรับพยาบาลและผดุงครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ใช้รูปแบบงานวิจัยตามแบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2019) การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตมักใช้ในการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องที่ยังไม่มีความชัดเจนหรือข้อมูลยังไม่เพียงพอ โดยการรวบรวมงานเบื้องต้นส่วนใหญ่มักเป็นงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน เช่น งานวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณ จดหมาย ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตจะมีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาเพียงผิวเผิน และไม่มีการพิจารณาความลำเอียงของงานที่คัดเข้าเนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่เพียงพอที่จะสามารถระบุความรู้ที่มีได้อย่างชัดเจนแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ที่จะรายงานผลการศึกษาที่สังเคราะห์มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยเบื้องต้นที่มีการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่ชัดเจน

ขั้นตอนการทำการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตประกอบด้วย

1) การระบุปัญหาการวิจัยแบบกว้างและกำหนดวัตถุประสงค์ของการทบทวน โดยการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตมีเป้าหมายในการรวบรวมกรอบแนวคิดของการศึกษาอย่างมีระบบ ในการระบุประเด็นกรอบแนวคิดที่สำคัญ และช่องว่างหรือข้อขัดแย้งของงานที่สนใจ สำหรับคำถามการวิจัย ได้แก่ คำแนะนำสำหรับพยาบาลและผดุงครรภ์และประเด็นข้อขัดแย้งของการปฏิบัติ ในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเป็นอย่างไร

2) การสร้างเกณฑ์ในการคัดเข้าและการกำหนดคุณสมบัติของงานที่จะนำมาศึกษา โดยการกำหนดกลุ่มประชากร แนวคิดที่สนใจ และบริบท (Population, Concept, & Context: PCC) กลุ่มประชากร (Population) ได้แก่ งานวิจัย บทความวิชาการ การทบทวนวรรณกรรม รายงานกรณีศึกษาและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ แนวคิดที่สนใจ (Concept) ได้แก่ การดูแลดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด และบริบท (Context) ที่สนใจ ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในการศึกษาครั้งนี้ คัดจากงานตามเกณฑ์ของ PCC ที่สามารถสืบค้นงานฉบับเต็ม (Full Paper) ตีพิมพ์ในภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 จนถึงเดือนกันยายน 2563

3) การสืบค้นข้อมูลโดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed, EBSCO, MEDLINE, Web of Science, Scopus, ฐานข้อมูลในประเทศไทย ได้แก่ ThaiJo, ThaiLIS โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นภาษาอังกฤษร่วมกับ and/or ในการสืบค้น ได้แก่: “COVID-19, Coronavirus*, 2019-nCov*, coronavirus 2, knowledge, pregnancy, pregnant women, delivery, labor, postpartum,

postnatal, nurses, midwives, manage*, recommendation guideline, แนวทางปฏิบัติ คำแนะนำ โคโรนาไวรัส โควิด-19 ข้อเสนอ การดูแลระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์”

4) การจัดกลุ่มข้อมูลการศึกษาตามประเด็นหลักที่ผู้วิจัยสนใจได้แก่ ข้อควรปฏิบัติทั่วไปเน้นเกี่ยวกับการคัดกรองและการปฏิบัติทั่วไป ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

5) การสรุปข้อมูลและรายงานผลการศึกษา โดยสรุปประเด็นหลักที่พบ การอภิปรายข้อขัดแย้งและนำเสนอความคิดเห็น

จริยธรรมวิจัย

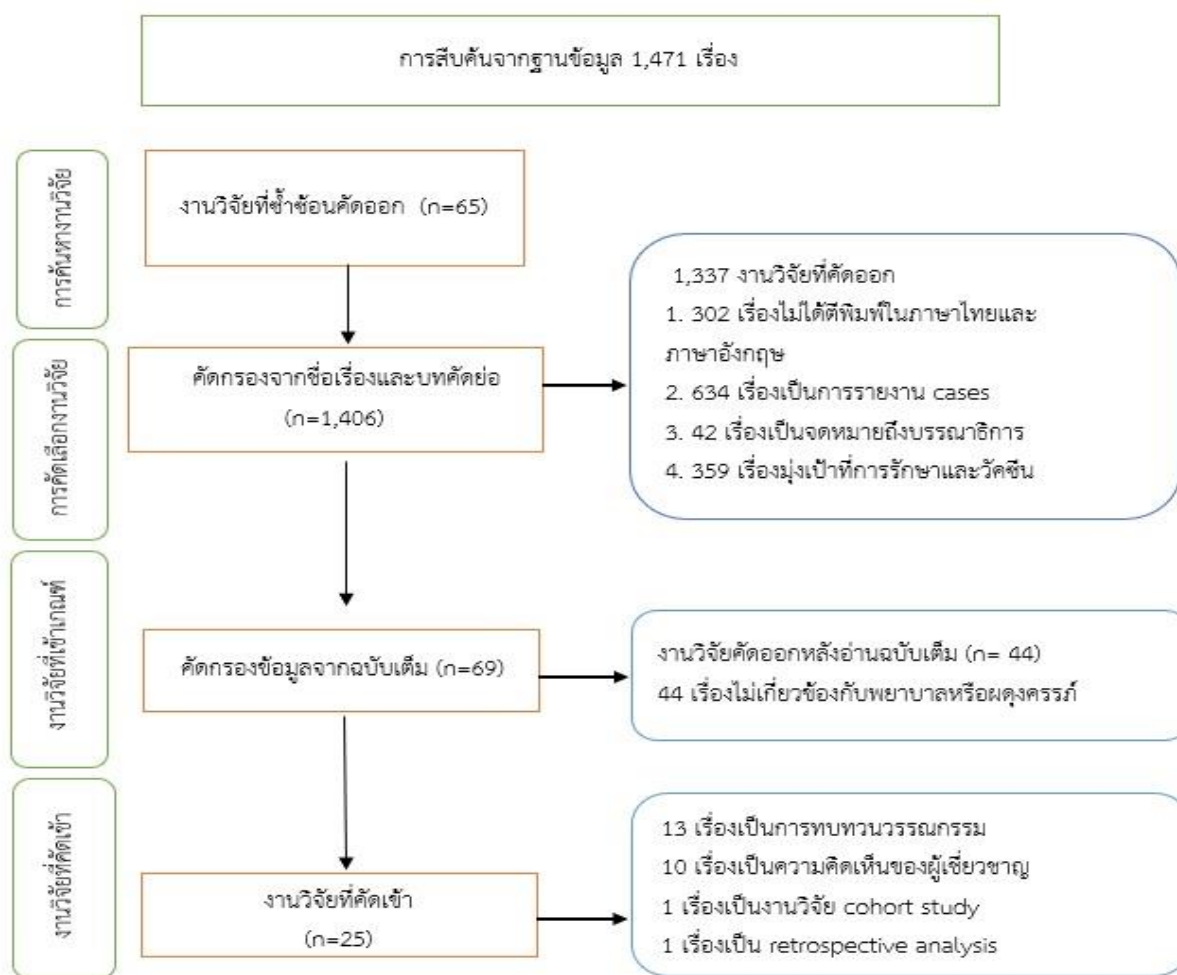
เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เป็นการวิจัยในมนุษย์ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องขอพิจารณาเชิงจริยธรรม อย่างไรก็ตามงานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม วิทยาลัยเชียงราย เลขที่ CRC.IRB 010/2563 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2564

ผลการวิจัย

งานที่คัดเข้าทั้งหมดจำนวน 1,471 เรื่อง (รูปที่ 1) งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 25 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยแตกต่างกัน สรุปได้ดังตารางที่ 1 เป็นการทบทวนวรรณกรรม (Review Literature) จำนวน 14 เรื่อง (Abdollahpour, & Khadivzadeh, 2020; Asadi et al., 2020; Boelig et al., 2020; Api, Sen, Debska, Saccone, D’Antonio, & Volpe, 2020; Carmichael, Dillion, Hamil, Lverson, Stotts, & Tillmann, 2020; Mascarenhas, Caroci-Becker,

Venàncio, Baraldi, Durkin, & Riesco, 2020; Qi^a, Luo, Zheng, Zhang, Li, & Zou, 2020; Richens, Wilkinson, & Conor, 2020; Rodrigues, Bala, Domingues, & Barros, 2020; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020; Sighaldehy, & Kalan, 2020; Singhal, 2020; Stanczyk et al., 2020; Topalidou, Thomson, & Doene, 2020) ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน (Expert opinion) 9 เรื่อง (Chen, Yang, Cao, Cheng, Duan, Fan, 2020; Donders, Lonnée-Hoffmann, Tsiakalos, Mendling, Martinez

de Oliveira, & Judlin, 2020; Hakimi, 2020; Poon, Yang, Lee, Copel, Leung, & Zhang, 2020; Liang, & Acharya, 2020; Alfieri, Manogoro, & Marconi, 2020; Qi^b, Chen, Luo, Liu, Shi, & Liu, 2020; Rasmussen, & Jamieson, 2020; Sharma, & Sharma, 2020) เป็นการศึกษาเหตุและผลไปข้างหน้า (cohort study) 1 เรื่อง (Wu et al., 2020) และเป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective analysis) 1 เรื่อง (Liao, He, Gong, Yang, Zhou, & Li, 2020)



รูปที่ 1 : Review flow chart: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) flowchart

ผลลัพธ์งานวิจัยแบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลทั่วไป คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีในตั้งครรภ์ คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีในระยะคลอด และคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะหลังคลอดดังตารางที่ 1

หมวดที่ 1 คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลทั่วไป

คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลทั่วไปเน้น คำแนะนำในการคัดกรองโควิด -19 และการปฏิบัติการดูแลทั่วไป ในสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดจำนวน 11 เรื่อง (Abdollahpour, & Khadivzadeh, 2020; Alfieri et al, 2020; Asadi et al., 2020; Boelig et al., 2020; Donders et al., 2020; Rasmussen & Jamieson, 2020; Ryan et al., 2020; Sharma, & Sharma, 2020; Singhal, 2020; Stanczyk et al., 2020; Topalidou, 2020) ในเรื่องของ การซักประวัติ การใช้อุปกรณ์ป้องกันและการรักษาสุขอนามัย การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 การวางระบบในการรับและการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนี้

การซักประวัติ: พยาบาลและผดุงครรภ์ควรซักประวัติในการเข้าพื้นที่เสี่ยงของสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงการเดินทางในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลแม้ว่าจะมีการคัดกรองมาก่อนเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยง

การใช้อุปกรณ์ป้องกันและการรักษาสุขอนามัย: การปฏิบัติต่อสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดโดยให้ยึดหลัก universal precaution อย่างเคร่งครัด โดยให้ถือว่าสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จัดอยู่ในกลุ่ม

ผู้ที่สงสัยหรือคาดว่าจะเกิดการติดเชื้อทุกราย ควรห่อหุ้มอุปกรณ์ (wrap) ที่จำเป็นเพื่อลดการปนเปื้อนหรือสัมผัสเชื้อและง่ายต่อการจัดการ พยาบาลและผดุงครรภ์ควรใช้อุปกรณ์ป้องกันให้เหมาะสมและรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลทุกครั้งเมื่อให้การดูแล และควรใช้อุปกรณ์ป้องกันแบบเต็มรูปแบบ (Personal Protective Equipment: PPE) ในการให้การดูแลผู้ที่สงสัยหรือคาดว่าจะเกิดการติดเชื้อ

การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 หลีกเลี่ยงการให้ความรู้แบบกลุ่มหรือการให้ความรู้โดยการติดต่อโดยตรง ควรใช้ระบบออนไลน์ หรือ เว็บไซต์ หรือผ่านทางเอกสารเพื่อป้องกันการสัมผัสโดยตรง เช่น แผ่นพับ และให้ช่องทางในการติดต่อเจ้าหน้าที่หรือการสอบถามข้อสงสัยแก่สตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด

การวางระบบในการรับและการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ควรมีระบบในการรับเข้าโรงพยาบาลของสตรีระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ระบบการรับเข้าโรงพยาบาลควรชัดเจนและแยกให้ห่างจากผู้อื่นให้มากที่สุด รวมทั้งต้องมีการจำกัดจำนวนผู้รับบริการต่อวันเพื่อให้มีการเว้นระยะห่าง และควรจัดห้องแรงดันลบในการคัดกรองความเสี่ยงหรือแยกห้องหรืออาคารโดยเฉพาะสำหรับการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 การวางระบบในการบริการโดยการเข้าและออกคนละทางหรือจัดแยกเฉพาะกลุ่ม รวมถึงการวางระบบในการนัดหมายในแต่ละครั้ง การรับใหม่หรือการจำหน่าย ซึ่งโรงพยาบาลควรมีการซักซ้อมความเข้าใจกับพยาบาลในหน่วยงานก่อนเพื่อความคล่องตัวก่อนให้บริการ



ตาราง 1: สรุปรายละเอียดงานวิจัยที่คัดเข้า

No	Authors/ Year/ Location	Title	Type of articles	Objective	Key Findings
1	Abdollahpour & Khadivzadeh, 2020 Iran	Improving the quality of care in pregnancy and childbirth with coronavirus (COVID-19): A systematic review	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อทบทวนความรู้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกที่มีความเสี่ยงต่อโควิด-19	การจัดการในระยะตั้งครรภ์ คลอด โดยเฉพาะการเลือกวิธีการคลอด และหลังคลอด รวมถึงการให้นมบุตรสำหรับความรู้ของพยาบาล ต้องการการสนับสนุนในการอบรมเพื่อลดป้องกันการติดเชื้อโควิด-19
2	Alfieri et al., 2020 Italy	COVID-19 does not stop obstetrics: What we need to change to go on safety birthing. The experience of a University Obstetrics and Gynecology Department in Milan.	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อสรุปการจัดการเกี่ยวกับโควิด-19 ในแผนกสูติกรรม	คำแนะนำในระยะตั้งครรภ์ คลอด โดยเฉพาะการเลือกวิธีการคลอด แนะนำการอบรมให้ความรู้พยาบาลในการใช้ PPE
3	Api et al., 2020 Turkey	Clinical management of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnancy: Recommendations of WAPM- World association of perinatal; medicine	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยการติดเชื้อโควิด-19	อภิปรายการติดต่อจากแม่สู่ลูก การเลือกวิธีการคลอด และการให้นมบุตร
4	Asadi et al., 2020 Iran	New Corona virus (COVIS-19) management in pregnancy and childbirth	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อทบทวนแนวทางการดูแลการวิจัยการรักษาสตรีตั้งครรภ์และทารกที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด-19	การคัดกรองโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ การติดต่อจากแม่สู่ลูก การรักษาโควิด-19 และการให้นมบุตร
5	Boelig et al., 2020 United State of America	Labor and delivery guidance for COVID-19	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลสตรีในระยะคลอดที่มีการติดเชื้อโควิด-19	คำแนะนำในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด รวมถึงการคัดกรองโควิด-19 การผ่าตัดคลอดบุตร และการให้นมบุตร

ตาราง 1: สรุปรายละเอียดงานวิจัยที่คัดเข้า (ต่อ)

No	Authors/ Year/ Location	Title	Type of articles	Objective	Key Findings
6	Carmichael et al., 2020 United State of America	Interim guidelines for community- based midwives during the COVID- 19 pandemic.	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน ในชุมชนในช่วงที่มีการระบาดของ ของโควิด-19	คำแนะนำในการแยกมารดาและทารก การให้ นมบุตร
7	Chen et al., 2020 China	Expert consensus for managing pregnant women and neonate born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการ โควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์	คำแนะนำในการคัดกรองโควิด-19 การแยก มารดา ทารก การเลือกวิธีการคลอด การให้ ออกซิเจน
8	Donders et al., 2020 Belgium	ISIDOG Recommendations Concerning COVID-19 and Pregnancy	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อให้ข้อมูลในการจัดการโควิด- 19 ในสตรีตั้งครรภ์	คำแนะนำในการปฏิบัติงานและการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่เป็นโควิด-19
9	Hakimi, 2020 Iran	The COVID-19 pandemic and kangaroo mother care: What should we do?	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ	เพื่ออภิปรายการทำ สัมผัสเนื้อ แนบเนื้อ สตรีระยะคลอดใน สถานการณ์ที่มีการระบาดของโค วิด-19	คำแนะนำในการทำสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ (skin- to-skin contact) โดยการใช้อุปกรณ์ป้องกัน
10	Liang & Acharya, 2020 China	Novel corona virus disease (COVID- 19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow?	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อสรุปประเด็นสำคัญในการ จัดการสตรีตั้งครรภ์ใน สถานการณ์ที่มีการระบาดของโค วิด-19	คำแนะนำในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยว่าจะ ติดเชื้อโควิด-19 การแยกมารดาในห้องแรงดัน ลบ การใช้ universal precaution การเลือกวิธี ในการคลอดบุตร



ตาราง 1: สรุปรายละเอียดงานวิจัยที่คัดเข้า (ต่อ)

No	Authors/ Year/ Location	Title	Type of articles	Objective	Key Findings
11	Liao et al., 2020 China	Analysis of vaginal delivery outcomes among pregnant women in Wuhan, China during COVID-19 pandemic	Retrospective analysis	เพื่อศึกษาและเสนอแนะแนวทางทางในการจัดการสตรีในระยะคลอดในสถานการณ์โควิด-19	รายงานกรณีศึกษาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการคลอดบุตร
12	Mascarenhas et al., 2020 Brazil.	Care recommendations for parturient and postpartum women and newborns during the COVID-19 pandemic: A scoping review	การทบทวนวรรณกรรม	เพื่อเสนอแนะและสรุปความรู้ในระยะคลอดในบริบทของการติดเชื้อโควิด-19	คำแนะนำในการเลือกวิธีการคลอด การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลในระยะคลอด และหลังคลอด
13	Poon et al., 2020	ISUOG Interim guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อสรุปองค์ความรู้ในระยะคลอดในบริบทของการติดเชื้อโควิด-19	คำแนะนำในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อโควิด-19 สถานที่ในการดูแล การใช้ universal precaution การเลือกวิธีในการคลอดบุตร
14	Qi ^a et al., 2020 China	Management of a delivery suite during the COVID-19 epidemic	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อสรุปแนวทางปฏิบัติในการดูแลสตรีระยะคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	คำแนะนำในการคัดกรองโควิด-19 การแยกมารดาในห้องแรงดันลบ การผ่าตัดคลอดบุตร
15	Qi ^b et al., 2020 China	Safety delivery for pregnancies affected by COVID-19.	การทบทวนวรรณกรรม	เพื่อสรุปข้อมูลในการคลอดในสตรีที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	คำแนะนำในการเลือกวิธีการคลอดบุตรและการดูแล

ตาราง 1: สรุปรายละเอียดงานวิจัยที่คัดเข้า (ต่อ)

No	Authors/ Year/ Location	Title	Type of articles	Objective	Key Findings
16	Rasmussen, & Jamieson, 2020	Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการ ติดเชื้อโควิด-19 ให้สตรีตั้งครรภ์	คำแนะนำทั่วไปในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัย โควิด-19
17	Richens et al., 2020	Guidance for the provision of antenatal services during the COVID- 19 pandemic	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อสรุปแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการ การติดเชื้อโควิด-19 ในสตรี ตั้งครรภ์	คำแนะนำในการจัดการและวางระบบในการ ดูแลสตรีตั้งครรภ์
18	Rodrigues et al., 2020	Pregnancy and breastfeeding during COVID-19 pandemic: A systematic review of published pregnancy cases	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อทบทวนความรู้และ ผลกระทบของโควิด-19 ต่อการ ตั้งครรภ์	คำแนะนำในการเลือกวิธีการคลอดและการให้ นมบุตร
19	Ryan et al., 2020 Ireland	Clinical update on COVID-19 in pregnancy: A review article	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อโควิด-19 ในสตรี ตั้งครรภ์	คำแนะนำในระยะตั้งครรภ์ คลอด โดยเฉพาะ การเลือกวิธีการคลอด การให้นมบุตร การใช้ แนวทาง universal precaution
20	Sharma, & Sharma, 2020 India	Obstetrics and covid-19	ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ	เพื่อวางแผนในการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อโควิด-19	คำแนะนำในระยะตั้งครรภ์ คลอด การเลือก วิธีการคลอด



ตาราง 1: สรุปรายละเอียดงานวิจัยที่คัดเข้า (ต่อ)

No	Authors/ Year/ Location	Title	Type of articles	Objective	Key Findings
21	Singhal, 2020 India	A review of coronavirus disease- 2019 (COVID-19)	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อสรุปความรู้เกี่ยวกับโควิด- 19	คำแนะนำในการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์
22	Sighaldehy & Kalan, 2020 Iran	Care of newborns born to mothers with COVID-19 infection: A review of existing evidence	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลมารดา และทารกที่คาดว่าจะติดเชื้อหรือติด เชื้อโควิด-19	คำแนะนำในระยะตั้งครรภ์ คลอด การเลือก วิธีการคลอด ระยะเวลา การชะลอการตัดสาย สะดือ การแยกแม่และลูก
23	Stanczyk et al., 2020	COVID-19 during pregnancy, delivery, and postpartum period based on EBM	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการ การดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด	คำแนะนำในการชะลอการตัดสายสะดือ การให้นมบุตร
24	Topalidou et al., 2020 United Kingdom	COVID-19 and maternal and infant health: Are we getting the balance, right? A rapid scoping review	การทบทวน วรรณกรรม	เพื่อสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับโควิด-19 ในการดูแล มารดาและทารก	คำแนะนำในการดูแลมารดาทารกในระยะคลอด การแยกแม่และลูก
25	Wu et al., 2020 Wuhan, China	Coronavirus disease 2019 among pregnant Chinese women: Case series data on the safety of vaginal birth and breastfeeding	Single centre cohort study	เพื่อรายงานและเสนอแนะการ ดูแลสตรีในระยะคลอดและการ ให้นมบุตร	คำแนะนำในการเลือกวิธีการคลอดและวิธีการให้ นมบุตร

หมวดที่ 2 คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์
งานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง (Abdollahpour, & Khadivzadeh, 2020; Boelig et al., 2020; Donders et al., 2020; Chen et al., 2020; Qi^a et al., 2020; Richens et al., 2020; Sharma, & Sharma, 2020) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติในสตรีตั้งครรภ์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการติดต่อส่วนบุคคล การคัดกรองสตรีตั้งครรภ์การดูแลสตรีตั้งครรภ์โดยใช้หลัก universal precaution การวางแผนเกี่ยวกับการดูแลในระยะคลอดและหลังคลอดร่วมกัน การเปลี่ยนแปลงกำหนดนัดหมายในการฝากครรภ์ ทั้งนี้การนัดหมายในการตรวจครรภ์ควรน้อยอย่างน้อย 4 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 16, 25, 32, 36-40 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามความถี่ในการนัดหมายขึ้นอยู่กับสถานะทางสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และอายุครรภ์เป็นสำคัญ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำควรเลื่อนเวลาให้ห่างขึ้นเช่น 6- 8 สัปดาห์ต่อครั้ง

สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรือสงสัยว่าจะมีการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และยังมีไม่มีอาการ หอบเหนื่อยสามารถกักตัวไว้ที่บ้านได้และให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนผ่านระบบออนไลน์ หรือวิดีโอคอล อย่างไรก็ตามมีรายงานการเกิดอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นในช่วงไตรมาสที่ 2 ดังนั้นพยาบาลและผดุงครรภ์ควรมีการวางแผนเกี่ยวกับการรับสตรีมีครรภ์ไว้ในโรงพยาบาล รวมถึงสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและปานกลางพยาบาลควรใช้อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ที่เหมาะสม

หมวดที่ 3 คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีในระยะคลอด

งานวิจัยจำนวน 20 เรื่อง (Abdollahpour, & Khadivzadeh, 2020; Api et al., 2020; Asadi et al., 2020; Boelig et al., 2020; Chen et al., 2020; Donders et al., 2020; Hakimi, 2020; Liang, & Acharya, 2020; Liao et al., 2020; Mascarenhas et al., 2020; Poon et al., 2020; Qi^a et al., 2020; Qi^b et al., 2020; Rodrigues et al., 2020; Ryan et al., 2020; Sharma, & Sharma, 2020; Sigaladeh, & Kalan, 2020; Stanczyk et al., 2020; Topalidou et al., 2020; Wu et al., 2020) เสนอข้อควรปฏิบัติในระยะคลอด โดยแบ่งเป็นสตรีในระยะคลอดที่มีผลตรวจเป็นลบและสตรีในระยะคลอดที่มีผลตรวจเป็นบวกต่อการติดเชื้อโควิด-19

ผู้คลอดที่มีผลตรวจเป็นลบ ควรได้รับการทดสอบโควิด-19 ซ้ำอีกครั้งก่อนที่จะเลือกวิธีการคลอด ในกรณีผลตรวจเป็นลบ พยาบาลและผดุงครรภ์ควรใส่อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) หรืออย่างน้อยต้องสวมหน้ากากอนามัยและถุงมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อ (surgical masks and sterile gloves) ตลอดระยะเวลาที่ให้การพยาบาล ก่อนการคลอดควรให้คำปรึกษาแก่สตรีในระยะคลอดเพื่อเลือกวิธีการคลอดหรือช่วยลดความวิตกกังวลหรือสนับสนุนด้านจิตใจ

ผู้คลอดที่สงสัยว่าจะติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 ควรปฏิบัติดังนี้

1) แยกผู้คลอดอยู่ในห้องแรงดันลบและจำกัดผู้ช่วยเหลือในการคลอด รวมทั้งต้องใส่อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ที่เหมาะสม



2) สังเกตสัญญาณชีพ ผู้คลอดควรมีค่าออกซิเจนมากกว่า 94%

3) ในกรณีการคลอดปกติควรหลีกเลี่ยงการเร่งคลอด (Induction) ในผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ครบกำหนด อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์หากจำเป็นสามารถใช้ยาเร่งคลอดได้

4) ควรให้ออกซิเจนกับผู้คลอดทางจมูก (Nasal cannula or mask with bag) แต่ควรให้เมื่อจำเป็นแต่ยังมีข้อถกเถียงกันถึงความจำเป็นในการให้ออกซิเจนในรายที่ไม่มีอาการหอบเหนื่อย เนื่องจากการศึกษาว่าการให้ออกซิเจนอาจไม่มีประโยชน์ต่อทารก

5) ควรมีการติดตามสถานะของทารกในครรภ์ตลอดเวลา (Electronic Fetal Monitoring)

6) ผลของวิธีการคลอดที่มีต่อการติดเชื้อโควิด-19 ยังมีการศึกษาที่น้อยและไม่ชัดเจน ดังนั้นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เสนอให้เลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดเป็นอันดับแรกและให้หลีกเลี่ยงการคลอดปกติ สำหรับเวลาที่เหมาะสมและอายุครรภ์ในการผ่าตัดคลอดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและสถานะของผู้คลอด

7) การชะลอการตัดสายสะดือ (delay cord clamping) ยังคงเป็นข้อถกเถียงกันแต่เนื่องจากการติดเชื้อจากมารดาไปยังทารกผ่านทางสายสะดือยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาล

8) ท่าที่ใช้ในการคลอดปกติ การใช้ท่าศีรษะสูง (upright position) จะช่วยเพิ่มเรื่องการไหลเวียนโลหิตและเพิ่มออกซิเจนได้ดีที่สุด

9) พยาบาลควรเฝ้าระวังการให้สารละลายให้เหมาะสม และควรหลีกเลี่ยงการให้สารละลายที่มากเกินไป

10) การให้ยาปฏิชีวนะและยาต้านไวรัสขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพของผู้คลอดและนโยบายของโรงพยาบาล

11) ในการผ่าตัดคลอด การฉีดยาเข้าไขสันหลัง (Epidural block) เป็นวิธีการที่แนะนำ เนื่องจากการดมยาสลบอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อและการทำงานของปอดแย่ลงได้

12) การให้กำลังใจและสังเกตสถานะด้านจิตใจของมารดามีความสำคัญมาก ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลและผดุงครรภ์

หมวดที่ 4 คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีระยะหลังคลอด

คำแนะนำในการปฏิบัติจำนวน 12 เรื่อง (Abdollahpour, & Khadivzadeh, 2020; Api et al., 2020; Asadi et al., 2020; Carmichael et al., 2020; Chen et al., 2020; Hakimi et al., 2020; Liang & Acharya, 2020; Mascarenhas et al., 2020; Poon et al., 2020; Qi^b et al., 2020; Rodrigues et al., 2020; Topalidou et al., 2020) ในกรณีที่มารดาสงสัยว่าจะติดเชื้อหรือติดเชื้อโควิด-19 ในระยะหลังคลอด ได้แก่

- 1) จำกัดการเยี่ยม โดยการให้บิดาได้เยี่ยมทารกผ่านทางกระจกหรือใช้ระบบออนไลน์
- 2) พยาบาลและผดุงครรภ์ควรให้ความรู้แก่มารดาและครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และเตรียมแผนในการจำหน่ายมารดากลับบ้านให้ครอบคลุมในเรื่องการดูแลตนเองและทารกเมื่อกลับบ้านเมื่อมารดาและทารกพร้อม

3) ให้แยกมารดาที่ติดเชื้อโควิด-19 และทารกอย่างน้อย 14 วันหรือจนกว่าจะตรวจไม่พบการติดเชื้อในมารดาห้องที่ใช้ในการดูแลมารดาและทารกควรห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 6 ฟุตและมีการกั้นที่ชัดเจน ซึ่งการแยกมารดาและทารกออกจากกันยังเป็นข้อถกเถียงในเรื่องของสิทธิของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร 4) การเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมและนมมารดา ให้การแยกมารดาและทารกออกจากกันทันที และเริ่มให้นมผสม หรือให้นมแม่ที่ผ่านการทำลายเชื้อ (pasteurized) และป้อนทารกโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (aseptic technique) จากการทบทวนพบว่ายังมีข้อถกเถียงเรื่องของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาว่าเหมาะสมหรือไม่ สำหรับการให้ความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหรือการให้คำปรึกษาอื่นควรให้ผ่านทางวิดีโอคอลหรือช่องทางออนไลน์อื่น อย่างไรก็ตามแนะนำให้บีบน้ำนมป้อนทารกหลังจากที่ตรวจไม่พบเชื้อแล้วเท่านั้น 5) จดการทำสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) อย่างไรก็ตามยังมีข้อถกเถียงในการเรื่องการป้องกันการติดเชื้อและประโยชน์ในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกโดยการทำสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ ที่ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและการพัฒนาการทำงานของระบบประสาททารก การทำงานด้านร่างกายของทารก และช่วยลดความเครียดของมารดาได้ 6) การอาบน้ำทารกแรกเกิด ควรพิจารณาในทารกที่มีอาการปกติเท่านั้น และ 7) การทำความสะอาดพื้นผิวและเครื่องมือควรใช้น้ำยาทำลายเชื้อที่มีโซเดียมไฮโปคลอไรต์เป็นส่วนประกอบเนื่องจากสามารถทำลายเชื้อได้ดีกว่า

การอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตสามารถสรุปคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลทั่วไปคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์คำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลสตรีในระยะคลอด และคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะหลังคลอดผลการทบทวนสรุปได้เป็นสองประเด็นได้แก่ คำแนะนำในการปฏิบัติที่ผู้เชี่ยวชาญหรืองานวิจัยลงความเห็นว่าควรปฏิบัติและเห็นพ้องกันทั้งหมด ได้แก่ การคัดกรองสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด การให้ความรู้และการนัดหมายในระยะตั้งครรภ์ และคำแนะนำในการปฏิบัติที่มีความเห็นขัดแย้งกันหรือยังคงเป็นข้อถกเถียงกันเนื่องจากยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอ ได้แก่ การเลือกวิธีการทำคลอด การให้ออกซิเจน การแยกมารดา-ทารกออกจากกัน และการให้นมบุตร

คำแนะนำในการปฏิบัติที่ผู้เชี่ยวชาญหรืองานวิจัยลงความเห็นว่าควรปฏิบัติและเห็นพ้องกันทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลทั่วไปในสตรีตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด ที่เน้นเกี่ยวกับการคัดกรองสตรีทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ระบุให้พยาบาลจัดสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เป็นเสมือนผู้ติดเชื้อทุกรายและใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อแบบ universal precaution อย่างเคร่งครัด ซึ่งต้องมีการตรวจคัดกรองซ้ำแม้ว่าจะเคยคัดกรองมาก่อนและผลการคัดกรองเดิมเป็นลบ รวมถึงการซักประวัติในการเดินทาง หรือประวัติในการเข้าพื้นที่เสี่ยงเช่นเดียวกับการคัดกรองโรคติดเชื้อในระบบทางเดิน



หายใจแบบอื่น เช่น การติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika) โรคซาร์ส (SARS) และเมอร์ส (MERS) (Api et al., 2020; Asadi et al., 2020) ในส่วนการให้ความรู้แก่สตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด คำแนะนำได้แก่ การใช้วิธีออนไลน์ หรือผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือแผ่นพับ โดยให้พยาบาลและผดุงครรภ์สัมผัสสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเฉพาะ กิจกรรมที่จำเป็น เช่นเดียวกับการวางระบบในการนัดหมายในสตรีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการนัดหมายให้มาโรงพยาบาลจะนัดห่างขึ้นแต่ยังขึ้นอยู่กับสถานะของสตรีและทารกในครรภ์เป็นสำคัญ

ผลการทบทวนยังนำเสนอเกี่ยวกับวิธีการคลอด ซึ่งยังมีข้อโต้แย้งและมีความเห็นแตกต่างกัน ได้แก่วิธีการคลอดความเห็นส่วนใหญ่เห็นว่าควรคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อลดความเสี่ยงในการติดต่อกับมารดาไปสู่ทารกและลดโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อแม้ว่ายังไม่มีความชัดเจนเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนก็ตาม สำหรับการชลอการตัดสายสะดือของทารกและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแม้ว่ายังไม่มีความชัดเจนเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน แต่แนวทางปฏิบัติให้ตัดสายสะดือทันทีเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ในขณะที่ การศึกษาของดอนเดอร์และคณะ (Donders et al., 2020) ทำการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ในน้ำคร่ำ เลือดจากสายสะดือทารก และการ swab ทารกที่เกิดจากมารดาที่มีผลโควิด-19 เป็นบวกพบว่าไม่พบเชื้อโควิด-19 ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนอย่างชัดเจน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ยังคงมีข้อโต้แย้งเช่นกันระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อ ซึ่งต้องการหลักฐาน

เชิงประจักษ์ในการพิจารณาเพิ่มเติม (Asadi et al., 2020; Stanczyk et al., 2020; Api et al., 2020)

รวมทั้งให้แยกมารดา-ทารกทันทีหลังคลอดอย่างน้อย 14 วัน จนกว่ามารดาจะไม่พบการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามสมาคมการผดุงครรภ์นานาชาติมีความเห็นให้พิจารณาจากสถานะสุขภาพและความต้องการของผู้คลอดร่วมด้วยเนื่องจากวิธีการคลอดและการแยกทารกออกจากมารดาอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมารดาและทารกได้ (The International Confederation of Midwives, 2020) ข้อเสนอแนะในการแยกมารดาและทารกอย่างน้อย 14 วัน ยังคงเป็นข้อถกเถียงกัน โดยเฉพาะในต่างประเทศถึงสิทธิของมารดาในการดูแลบุตร การสร้างสัมพันธภาพกับทารก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมารดา ดังนั้นในบางการศึกษาจึงมีข้อเสนอให้สอบถามจากความต้องการของมารดาก่อน โดยการใช้ข้อมูลครอบคลุมทั้งผลดีและผลเสียแก่มารดาและให้สิทธิมารดาในการตัดสินใจ (Singhal, 2020; Topalidou, Thomson, & Doene, 2020) ในขณะที่ the RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynecologists) เสนอให้ชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ของการให้ทารกได้กินนมแม่และความเสี่ยงในการติดเชื้อ (RCOG, 2020)

การนำผลวิจัยไปใช้

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้ พบว่างานวิจัยยังมีจำกัดและยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงมีความต้องการข้อมูลปฐมภูมิเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้ง

นี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเบื้องต้นของพยาบาลและผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและระยะหลังคลอด และสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อสรุปและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะการดูแลในระยะคลอด การให้นมบุตร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ผลลัพธ์การทบทวนแสดงให้เห็นความต้องการแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาและทำงานวิจัยปฐมภูมิเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนและยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่ ได้แก่ การเลือกวิธีการทำคลอด การให้ออกซิเจน การแยกมารดา-ทารก การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ติดตามสถานการณ์โควิด. สืบค้นจาก <https://www.moph.go.th>

Abdollahpour S, & Khadivzadeh T. (2020). Improving the quality of care in pregnancy and childbirth with coronavirus (COVID-19): A systematic review. *The Journal of Maternal- Fetal & Neonatal Medicine*. doi: 10.1080/14767058.2020.1759540

Alfieri, N., Manogoro, S., & Marconi, M. (2020). COVID-19 does not stop obstetrics: What we need to change to go on safety birthing. The experience

of a University Obstetrics and Gynecology Department in Milan. *Journal of Perinatal Medicine*, doi: 10.1515/jpm-2020-0218

Ali Khan, M., Khan, N., Mustagir, G., Rana, J., Haque, R., & Rahman, M. (2020). COVID-19 infection during pregnancy: A systematic review to summarize possible symptoms, treatments, and pregnancy outcome. (online published), doi: 10.1101/2020.03.31.20049304

Alzamora, M. C., Paredes, T., Caceres, D., Webb, C. M., Valdez, L. M., & La Rosa, M. (2020). Severe COVID-19 during Pregnancy and Possible Vertical Transmission. *American journal of perinatology*, 37(8), 861–865. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710050>

Api, O., Sen, C., Debska, M.,...& Chervenak, F. (2020). Clinical management of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnancy: Recommendations of WAPM- World association of perinata; medicine. *Journal of Perinatal Medicine*, doi: 10.1515/JPM-20202-01265

Arabi, S., Vaseghi, G., Heidari, Z., Shariati, L., Amin, B., Rashid, H., & Javanmard, S. H. (2020). Clinical characteristics of COVID-19 infection in pregnant women: A systemic review and meta-analysis (online-publication). doi: 10.1101/2020.04.05.20053983

Asadi, L., Tabatabaei, R. S., Safinejad, H., & Mohammadi, M. (2020). New Corona virus (COVIS-19) management in pregnancy and childbirth. *Archives of Clinical Infectious Disease*, (online published), doi: 10.5812/archcid.102938



- Boelig RC, Manuck, T, Oliver EA, Di Mascio D, Saccone, G, Bellussi F, & Berghella V. (2020). Labor and delivery guidance for COVID-19 (in press). *American Journal of Obstetrics & Gynecology* MFM, doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100110
- Carmichael, A., Dillion, E., Hamil, T., Lverson, S. L., Stotts, L., & Tillmann, E. (2020). Interim guidelines for community- based midwives during the COVID-19 pandemic. *Midwives Association*, Retrieved from https://www.washingtonmidwives.org/uploads/1/1/3/8/113879963/maws_and_wamcrc_interim_guidelines_for_community-based_midwives_during_covid-19_pandemic_3.31.2020.pdf
- Chen D., Yang H., Cao Y., Cheng W., Duan T., Fan C., Fan S.,..., & Guan. (2020). Expert consensus for managing pregnant women and neonate born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. *International Journal Gynecology and Obstetrics*, 149: 130-136
- Davanzo, R., Merewood, A., & Manzoni, P. (2020). Skin-to-skin contact at birth in the COVID-19 era: In need of help. *American Journal of Perinatology (online)*, Retrieved from <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1714255>
- de Sousa, A. F. L., de Carvalho, H. E. F., de Olivera, L. B., ..., & Fronteira, I. (2020). Effects of COVID-19 infection during pregnancy and neonatal prognosis: What is the evidence? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4176- 4183. doi: 10.3390/ijerph17114176
- Donders, F., Lonnée-Hoffmann, R., Tsiakalos, A., Mendling, W., Martinez de Oliveira, J., Judlin, P., Xue, F., Donders, G., & Isidog Covid-Guideline Workgroup (2020). ISIDOG Recommendations Concerning COVID-19 and Pregnancy. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 10(4), 243. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10040243>
- Elshafeey, F., Magdi, R., Hindi, N., & Nabhan, A. (2020). A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 150, 47- 52. doi: 10.1002/ligo.13182
- Hakimi, S. (2020). The COVID-19 pandemic and kangaroo mother care: What should we do? *European Journal of Midwifery*, 4, 17-18 doi: 10.18332/ejm/121095
- Joanna Briggs Institute. (2019). *Joanna Briggs Institute Reviewer Manual 2019*. Retrieved from <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+1%3A+JBI+Systematic+Reviews>
- Johar, S. A. (2020). Knowledge relations of midwives to the handling of Corona Virus infection (COVID-19) on maternity mothers in hospital X. *Stada Journal Ilmaiah Keskertagan*, 9(1), 297- 302. Doi: 10.30994/silk.v9i1.324
- Karimi-Zarchi, M., Neamatzadeh, H., Dastgheib, S. A., Abbasi, H., Mirjalili, S. R., Behforouz, A., Ferdosian, F., & Bahrami, R. (2020). Vertical transmission of Coronavirus disease 19 (COVID-19) from infected pregnant mothers to

- neonates: A review. *Fetal and Pediatric Pathology* (online published), doi: 10.1080/15513815.2020.1747120
- Liang H. & Acharya G. (2020). Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? *Acta Obstetrica et Scandinavica*, 00: 1-4.
- Liao J, He X, Gong Q, Yang L, Zhou C, & Li F. (2020). Analysis of vaginal delivery outcomes among pregnant women in Wuhan, China during COVID-19 pandemic, *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 150: 53-57. doi: 10.1002/ligo.13188
- Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. (2020). Care recommendations for parturient and postpartum women and newborns during the COVID-19 pandemic: A scoping review.; 28: e3359. doi: 10.1590/1518-8345.4596.3359
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6 (7): e1000097. Doi: 10.1371/journal.pmed1000097
- Poon, L. C., Yang, H., Lee, J., Copel, J. A., Leung, T. Y., Zhang, Y., & Chen, D. (2020). ISUOG Interim guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/339853138_ISUOG_Interim_Guidance_on_2019_novel_coronavirus_infection_during_pregnancy_and_puerperium_information_for_healthcare_professionals
- Qi H, Chen M, Luo X, Liu X, Shi Y, Liu T, Zhang H, Zhang J, Zhao Y, Tong C, & Baker PN. (2020). Management of a delivery suite during the COVID-19 epidemic, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 250, 250-252.
- Qi H, Luo X, Zheng Y, Zhang H, Li J, Zou L, Feng L, Chen D, Shi Y, Tong C, & Baker PN. (2020). Safety delivery for pregnancies affected by COVID-19. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122:927-929.
- Rasmussen, S. A., & Jamieson, D. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), 999-1002. doi: 10.1097/AOG.0000000000003873
- RCOG. (2020). Corona virus infection and breastfeeding. Retrieved from <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding/>
- Richens, Y., Wilkinson, M., & Connor, D. (2020). Guidance for the provision of antenatal services during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Midwifery*, 28(5), 324- 327.
- Rodrigues, C., Balà, I., Domingues, R., & Barros, H. (2020). Pregnancy and breastfeeding during COVID-19 pandemic: A systematic review of published pregnancy cases (in press). Doi: 10.1101/2020.04.25.20079509



- Ryan GA, Purandare NC, McAuliffe FM., Hod M., & Purandare CN, Clinical update on COVID-19 in pregnancy: A review article. *Obstetrics and Gynaecology Research*, 46(8), 1235- 1245. Doi: 10.1111/jog.14321
- Singhal, T. (2020). A review of Coronavirus disease-2019 (COVID-19). *The Indian Journal of Pediatrics*, 87(4): 281-286. doi: 10.1007/s12098-020-03263-6
- Sigaladeh SS, & Kalan, MB. Care of newborns born to mothers with COVID-19 infection: A review of existing evidence. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* (online). doi: 10.1080/14767058.2020.1777969
- Sharma, J. B., & Sharma, E. (2020). Obstetrics and covid-19. *Journal of Pakistan Medical Association*, 70(5), 104-107.
- Singhal, T. (2020). A review of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *The Indian Journal of Pediatrics*, 87(4), 281- 286. doi: 10.1007/s/12098-020-03263-6
- Stanczyk, P., Jachymski, T., & Sierozewski, P. (2020). COVID-19 during pregnancy, delivery, and postpartum period based on EBM. *Ginekologia Polska*, 91(7), 417 -423. doi: 10.5603/GP.2020.0106
- Topalidou, A., Thomson, G., & Doene, S. (2020). COVID-19 and maternal and infant health: Are we getting the balance right? A rapid scoping review. *Practical Midwife*, 23(7), 1-16.
- World Health Organization (WHO). (2020). COVID-19: Public Health Emergency of International Concern. Retrieved from [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(phec\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(phec)-global-research-and-innovation-forum)
- Wu Y, Liu C., Dong L., Zhang C, Chen Y., Zhang C., Duan C., Zhang H., Mol BW., Dennis C-L., Yin T., & Huang, H. (2020) Coronavirus disease 2019 among pregnant Chinese women: Case series data on the safety of vaginal birth and breastfeeding. *BJOG*



ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่องกล้อง ความวิตกกังวล และความปวด ของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ

The effect of using patients preparation Practice Guidelines for Cystoscopy Examination on Knowledge of how to Behavioral, Cystoscope Cooperation, Anxiety and Pain of Urinary System patients

Received: March 5, 2021

Revised: April 23, 2021

Accepts: July 18, 2021

เอมอร์ สี่ล้ง¹(พย.บ.), ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา²(พย.ม.),

Amon Seerong (B.N.S.), Khwanjit Saksriwattana (M.N.S.),

สุริยา ฟองเกิด³(พย.ม.)

Suriya Fongkerd (M.N.S.)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความรู้ในการปฏิบัติตัว การให้ความร่วมมือ ความวิตกกังวล และความปวดของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ในห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะของโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว แบบประเมินความร่วมมือ แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.93, p = .000$) คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการส่องกล้องของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.11, p = .000$) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.59, p = .000$) และคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -18.28, p = .000$)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี, Thailand

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชลบุรี, Thailand

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Thailand

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute., Thailand

Corresponding author: suriya@bnc.ac.th



ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะที่จะนำแนวทางปฏิบัติ การเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะมาใช้จะต้องให้การพยาบาลตามแนวทางทุกขั้นตอนโดยเฉพาะ ขั้นตอนการเตรียม เมื่อมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ดีแล้ว ในขณะที่ทำการส่องกล้องผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ลดความวิตกกังวล และสามารถจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : แนวทางปฏิบัติ, การเตรียมผู้ป่วย, การส่องกล้อง

Abstract

The objective of this quasi-experimental two-group research was aimed to examine the effects of using patients preparation practice guidelines for bladder endoscopy examination on knowledge of how to behavioral, endoscopic cooperation, anxiety and pain of urinary system patients. Research participants were 48 patients undergoing a bladder endoscopy using local anesthesia in the urology operating room of Chonburi hospital. There were 24 patients in experimental group and 24 patients in control group. The experimental group received usual patients preparation practice guidelines for bladder endoscopy examination, while the control group received only usual care from the hospital. Data were collected by using personal information questionnaire, knowledge of how to behavioral assessment form, endoscopic cooperation assessment form, anxiety assessment form, and pain assessment form. Descriptive statistics and Independent t-test was used to analyze data.

The results show that the experimental group had statistically significant better changes in knowledge of how to behavioral score than the control group ($t = 14.93, p = .000$), the experimental group had statistically significant better changes in endoscopic cooperation score than the control group ($t = 19.11, p = .000$), the experimental group had statistically significant better changes in anxiety score less than the control group ($t = -17.59, p = .000$), and the experimental group had statistically significant better changes in pain score less than the control group ($t = -18.28, p = .000$).

Findings of the study suggested that nurses at the urology operating rooms who will adopt the patients preparation practice guidelines for bladder endoscopy examination must provide nursing care according to the guidelines for every step of the way, especially the preparation process. When the patient is well prepared. During the endoscopy the patients will cooperate very well, reduce anxiety, and able to pain management effectively.

Keywords: Practice guidelines, Patients preparation, Cystoscope examination



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ (Cystoscopy) คือการตรวจโดยใช้เครื่องมือวินิจฉัยที่จำเป็นในการตรวจระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินในผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptoms; LUTS) โดยสอดใส่เครื่องมือผ่านทางท่อปัสสาวะ เพื่อตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของโรคและรักษาโรคทางระบบทางเดินปัสสาวะ (Xavier Biarreau, Ornella Lam, Van Ba, Lysanne Campeau and Jacques Corcos, 2017) ซึ่งถือได้ว่าเครื่อง Cystoscope มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางการแพทย์ในปัจจุบัน

ภายหลังการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อน คือ ความรู้สึกปวดแสบท่อปัสสาวะและขณะขับถ่ายปัสสาวะจะมีเลือดออกปนมากับปัสสาวะ ผู้ป่วยอาจมีไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องน้อย ปัสสาวะลดลง เสี่ยงต่อท่อปัสสาวะฉีกขาดได้ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความวิตกกังวล การให้ความร่วมมือในการส่องกล้อง และการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ให้ความร่วมมือในขณะส่องกล้องได้ (ถนอมนวล ต๊ะอินทร์, 2556)

โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ปี ย้อนหลังพบว่า ปี 2558 มีผู้รับบริการ จำนวน 461 ราย เป็นผู้รับบริการรายใหม่ จำนวน 212 ราย ปี 2559 มีผู้รับบริการ จำนวน 574 ราย เป็นผู้รับบริการรายใหม่ จำนวน 307 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลชลบุรี, 2560) จากสถิติดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีผู้รับบริการส่อง

กล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการรายใหม่พบว่า ผู้รับบริการมีความกลัว วิตกกังวล และไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวในการส่องกล้องตรวจทางเดินปัสสาวะ และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะในผู้รับบริการที่ผ่านมาพบว่า ผู้รับบริการไม่ให้ความร่วมมือในขณะให้การรักษาเท่าที่ควร และหลีกเลี่ยงการตรวจรักษา อันจะส่งผลให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lydia & Oluyinka (2014) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลที่ตรงกับการทำหัตถการมากที่สุด ดังนั้นการป้องกันอุปสรรคปัญหา และภาวะแทรกซ้อนต่างๆมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลการส่องกล้องตรวจสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง คลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัย

พยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการผู้ป่วยที่มาส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โดยให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด รวมถึงมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับ การส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ และมีบทบาทที่สำคัญที่สุดในการวางแผนการพยาบาลเพื่อการจัดการความเจ็บปวดทั้งก่อน ขณะ และหลังการตรวจ ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการส่องกล้อง (ถนอมนวล ต๊ะอินทร์, 2556) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ จึงสนใจศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยต่อความรู้และการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ในการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือ

ในการส่องกล้อง และจัดการกับ ความปวดภายหลัง ได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติตัวระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนทดลองและหลัง การทดลองของผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจ กระเพาะปัสสาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการส่องกล้อง ภายหลังการได้รับแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลภายหลังการ ได้รับแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบความปวดภายหลังการได้รับ แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

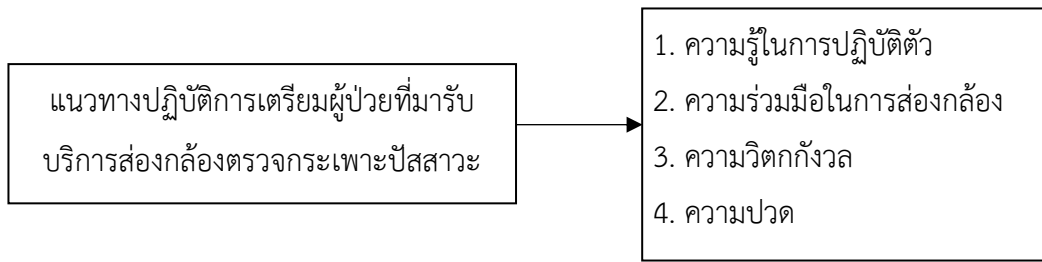
การวิจัยนี้มีขอบเขตของเนื้อหาเกี่ยวกับการ ใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจ กระเพาะปัสสาวะ โดยมีตัวแปรตามประกอบด้วย ความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่องกล้อง ความวิตกกังวล และความปวด ทำการเก็บรวบรวม ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรกระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับบริการส่อง กล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 24 คน และกลุ่ม ทดลอง 24 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำทฤษฎีกรอบแนวคิดการเรียนรู้ ของบลูม (Bloom, 1956) ซึ่งจำแนกจุดมุ่งหมาย การเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) 2) ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) 3) ด้านเจตพิสัย (Affective Domain) โดยนำทั้ง 3 ทักษะมาพัฒนา กระบวนการให้ความรู้ที่เป็นรูปธรรมต่อการเตรียม ผู้ป่วยก่อนส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้เกิด การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ และนำแนวคิดความวิตก กังวลของ ชาร์ล สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1966) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือวัดความวิตก กังวลของผู้ป่วย และนำแบบประเมินความร่วมมือใน การผ่าตัดของ ศศิธร สุทธิสนธิ์ (2560) มาเป็นกรอบใน การสร้างเครื่องมือให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่ม ตัวอย่าง นอกจากนี้การส่องกล้องตรวจกระเพาะ ปัสสาวะผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดซึ่งเป็นความปวด เฉียบพลัน (Acute pain) คือความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น มีระยะเวลาของความปวดที่จำกัดเป็นความปวดที่มี สาเหตุ เมื่อพยาธิสภาพหายไป อาการปวดก็หายไปด้วย และเป็นความปวดที่ประเมินง่ายไม่ซับซ้อน ผู้วิจัยจึงได้ นำแบบประเมินความปวด Numerical rating scale (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) มาใช้ประเมิน เพราะผู้ป่วยสามารถสื่อสาร เข้าใจเครื่องหมายของตัวเลข บอกระดับความปวดได้

ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) วัดผลก่อน-หลัง การทดลอง แบบ 2 กลุ่ม (Pre-test – Post-test control group design) ศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยต่อความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่องกล้อง ความวิตกกังวล และความปวดของผู้ป่วยโรกระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ งานห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 644 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ งานห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะรายใหม่ที่โรงพยาบาลชลบุรี ในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึง 30 กรกฎาคม พ.ศ.2560 จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 24 คน

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) จากงานวิจัยของ ฅนอมนวล ต๊ะ

อินทร์ (2556) ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.64 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .70 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 24 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ งานห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะรายใหม่ที่โรงพยาบาลชลบุรี
2. ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ในท้องผ่าตัด
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านและเขียน และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาเช่น เปลี่ยนวิธีการจากการใช้ยาชาเฉพาะที่เป็นการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังหรือดมยาสลบ
2. เปลี่ยนแผนการรักษาเป็นอย่างอื่นที่ไม่ใช่วิธีการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ
3. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังทำผ่าตัดที่ต้องย้ายเข้าพักรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤติ
4. ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างทำการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยเมื่อมารับบริการขณะนอนรอที่ห้องรอผ่าตัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อน 24 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองให้เสร็จสิ้นก่อน หลังจากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 24 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองพร้อมดำเนินการวิจัยตามแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยต่อความรู้และการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะโรงพยาบาลชลบุรี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัว แบบประเมินความร่วมมือในการส่งกล้อง แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความปวด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นชุดข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

2. แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว เป็นชุดข้อคำถามแบบถูกผิด จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน เกณฑ์การวัดผล (Bloom, 1956) และแปลผลการประเมินคือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5.99 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง

ร้อยละ 60 – 79 (6-7.90 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (8-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

3. แบบประเมินความร่วมมือในการส่งกล้อง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของศศิธร สุทธิสนธิ (2560) เป็นแบบประเมินความร่วมมือในการส่งกล้อง ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลผลการประเมินตามเกณฑ์ของ กัลยา วาณิชย์บัญชา (2549) คือ คะแนน 1.00 – 9.66 หมายถึง ให้ความร่วมมือน้อย คะแนน 9.67 – 19.32 หมายถึง ให้ความร่วมมือดี และคะแนน 19.33-30 หมายถึง ให้ความร่วมมือดีมาก

4. แบบประเมินความวิตกกังวล เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, Corsuch, & Lusheue, 1970) เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ มีเกือบประจำ มีบ่อย มีบ้างบางครั้ง แทบไม่มีเลย คะแนนมีตั้งแต่ 20-80 คะแนน และมีเกณฑ์การแปลผลคือ คะแนน 20-40 หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย คะแนน 41-60 หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง และคะแนน 61-80 หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก

5. แบบประเมินความปวด เป็นมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale; NRS) กำหนดตัวเลขแสดงความปวดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย (no pain) จนถึง 10 หมายถึงปวดมากที่สุด (severe pain) (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) และแปลผลความปวดคือ คะแนน 0-3 คะแนน คือ ปวดน้อยมาก คะแนน 4-6 คะแนน คือ ปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 คะแนน คือ ปวดมาก



เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วย ต่อความรู้และการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี เป็นแนวทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัว ให้ความร่วมมือในการส่องกล้อง ลดความวิตกกังวล และจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ

1.1 การทำความสะอาดบริเวณส่องกล้องก่อนตรวจ 1 ครั้ง

1.2 ฝึกหายใจเข้า-ออก ยาวๆ ลึกๆ 1-10 ครั้ง ประมาณ 5-10 วินาที ไม่เบ่งถ่ายปัสสาวะในขณะที่แพทย์ใส่ยาชาเฉพาะที่

1.3 นอนในท่าชันขาหยั่ง (Lithotomy) โดยใช้เครื่องป้องกันเส้นเลือดเส้นประสาทให้ปลอดภัย

1.4 ขณะส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ไม่เกร็งหน้าท้อง ไม่เบ่งถ่ายปัสสาวะ ฝึกหายใจเข้า-ออก ยาวๆ ลึกๆ 10-15 ครั้ง

1.5 ขณะส่งตรวจด้วยเครื่องมือ Urinary Endoscope อาจมีอาการปวดให้นอนนิ่งๆ และหายใจเข้า-ออก ยาวๆ ลึกๆ ตามคำแนะนำ

1.6 ในขณะที่ส่องกล้อง ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดถ่ายปัสสาวะมากให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ

1.7 หลังส่องกล้องทำความสะอาดบริเวณส่องกล้อง 1 ครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบเวลาถ่ายปัสสาวะ และปัสสาวะเป็นเลือด

1.8 แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาด 2,000-2,500 มิลลิลิตร หลังส่องกล้อง และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

2. แผ่นพับข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ในท้องผ่าตัด

และกิจกรรมพยาบาลในการฝึกปฏิบัติตนเองทั้งก่อนขณะ และหลังการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ 2 อย่าง ได้แก่

1. แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI (Content validity index) (Polit & Beck, 2008) เท่ากับ .88

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์แล้วทั้งฉบับ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ งานห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะรายใหม่ที่โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในแบบสอบถามดังนี้

2.1 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 10 ข้อ นำผลที่ได้มาหาค่า Kuder Richardson (KR-20) ได้ค่า KR 20 เท่ากับ .73

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการส่องกล้องแบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความปวด นำผลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .82, .80 และ .78 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากหน่วยงานห้องผ่าตัด และขออนุญาตแจกแบบสอบถามผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะที่ไม่เคยส่องกล้องตรวจมาก่อนที่ห้องผ่าตัด ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 วัน เก็บแบบสอบถามตรวจสอบ

แบบสอบถามให้สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์จำนวน 48 ฉบับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการ คัดเลือกหัวข้อและประมวลปัญหาจากการให้การพยาบาล ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ นำแนวทางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงและครอบคลุมเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำมาทดลองใช้ ปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ทำงานจริง และเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะทดลอง

ขั้นตอนการทดลอง

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการวิจัยซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว

2. กลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวในช่วงทำการส่องกล้องปกติ คือหลังจากตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย วัดชีพจร ความดันโลหิตที่ห้องผ่าตัด แจ้งให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการได้รับการ ส่องกล้องเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค สอบถามประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามการวิจัยก่อนส่องกล้อง และนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อส่องกล้อง แนะนำการขึ้นขาหยั่งและสอนผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ ไม่เกร็งหรือเบ่งปัสสาวะขณะส่องกล้อง นำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดเพื่อพักสังเกตอาการหลังส่องกล้อง และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามการวิจัยหลังส่องกล้องอีกครั้ง

3. กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้การแนะนำแนวทางปฏิบัติขณะทำการส่องกล้องและฝึกปฏิบัติที่ถูกต้องก่อนการส่องกล้อง คือ

ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนส่องกล้อง

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว (Pre-test) ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับยาเฉพาะที่ การเตรียมทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อนส่องตรวจ การปฏิบัติตัวขณะทำการส่องตรวจ ตลอดจนระยะหลังการส่องตรวจ ข้อควรระวังและควรปฏิบัติหลังการส่องกล้องตรวจ หลังจากนั้นแจกแผ่นพับความรู้ในการปฏิบัติตัวให้อ่าน

กิจกรรมที่ 2 ให้ผู้ป่วยไปทำความสะอาดบริเวณส่องกล้องก่อนตรวจ 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 3 ให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้า-ออก ยาวๆ ลึกๆ 1-10 ครั้ง ประมาณ 5-10 วินาที ไม่เบ่งถ่ายปัสสาวะในขณะที่แพทย์ใส่ยาเฉพาะที่

กิจกรรมที่ 4 แนะนำให้ผู้ป่วยนอนในท่าขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) โดยใช้เครื่องป้องกันเส้นเลือดเส้นประสาทให้ปลอดภัย พร้อมทั้งอธิบายท่าของการขึ้นขาหยั่งว่าเป็นอย่างไร โดยมีภาพประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น

กิจกรรมที่ 5 แนะนำการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะว่า ขณะสอดใส่กล้องเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ไม่เกร็งหน้าท้อง ไม่เบ่งถ่ายปัสสาวะ ฝึกหายใจเข้า-ออก ยาวๆ ลึกๆ 10-15 ครั้ง เพราะการหายใจเข้า-ออก ลึกๆยาวๆ ที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อหย่อนตัวทำให้การสอดใส่อุปกรณ์ส่องตรวจได้ง่ายขึ้นและเกิดการบาดเจ็บได้น้อยลงด้วย

กิจกรรมที่ 6 แนะนำผู้ป่วยขณะส่องตรวจด้วยเครื่องมือ Urinary Endoscope อาจมีอาการปวด ให้นอนนิ่ง ๆ และหายใจเข้า-ออก ยาว ๆ ลึก ๆ ตามคำแนะนำ



กิจกรรมที่ 7 แนะนำผู้ป่วยในขณะส่องกล้อง ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดถ่ายปัสสาวะมากให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ เพราะจะได้วางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันทีทั้งนี้และเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนได้

กิจกรรมที่ 8 แนะนำผู้ป่วยหลังส่องกล้องทำ ความสะอาดบริเวณส่องกล้อง 1 ครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบเวลาถ่ายปัสสาวะ และอาจมีปัสสาวะเป็นเลือดปน หากมีอาการเลือดออกมากผิดปกติให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ

กิจกรรมที่ 9 แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาด 2,000-2,500 มิลลิลิตร หลังส่องกล้อง และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมที่ 10 ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว (Post-test) โดยใช้แบบประเมินเดียวกันกับก่อนการทดลอง

ขั้นตอนขณะส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ

กิจกรรมที่ 1 จัดท่าผู้ป่วยขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) โดยใช้เครื่องป้องกันเส้นเลือดเส้นประสาทให้ปลอดภัย

กิจกรรมที่ 2 แพทย์ใส่ยาชาเฉพาะที่และสอดในกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ พยาบาลจะอยู่ข้างๆ ผู้ป่วยและคอยกระตุ้นผู้ป่วยไม่เกร็งหน้าท้อง ไม่เบ่งถ่ายปัสสาวะ และให้หายใจเข้า-ออก ยาว ๆ ลึก ๆ 10-15 ครั้ง หรือจนกว่าแพทย์จะทำการส่องกล้องเสร็จ

กิจกรรมที่ 3 เมื่อส่องกล้องเสร็จให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามปกติ

ขั้นตอนหลังการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความร่วมมือในการส่องกล้อง ซึ่งพยาบาลที่เข้าช่วยแพทย์ทำการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะในรายนั้นๆ จะเป็นผู้ประเมินความร่วมมือในการส่องกล้องของผู้ป่วยตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 3 ประเมินความปวด ดังแสดงรายละเอียดใน ภาพที่ 2

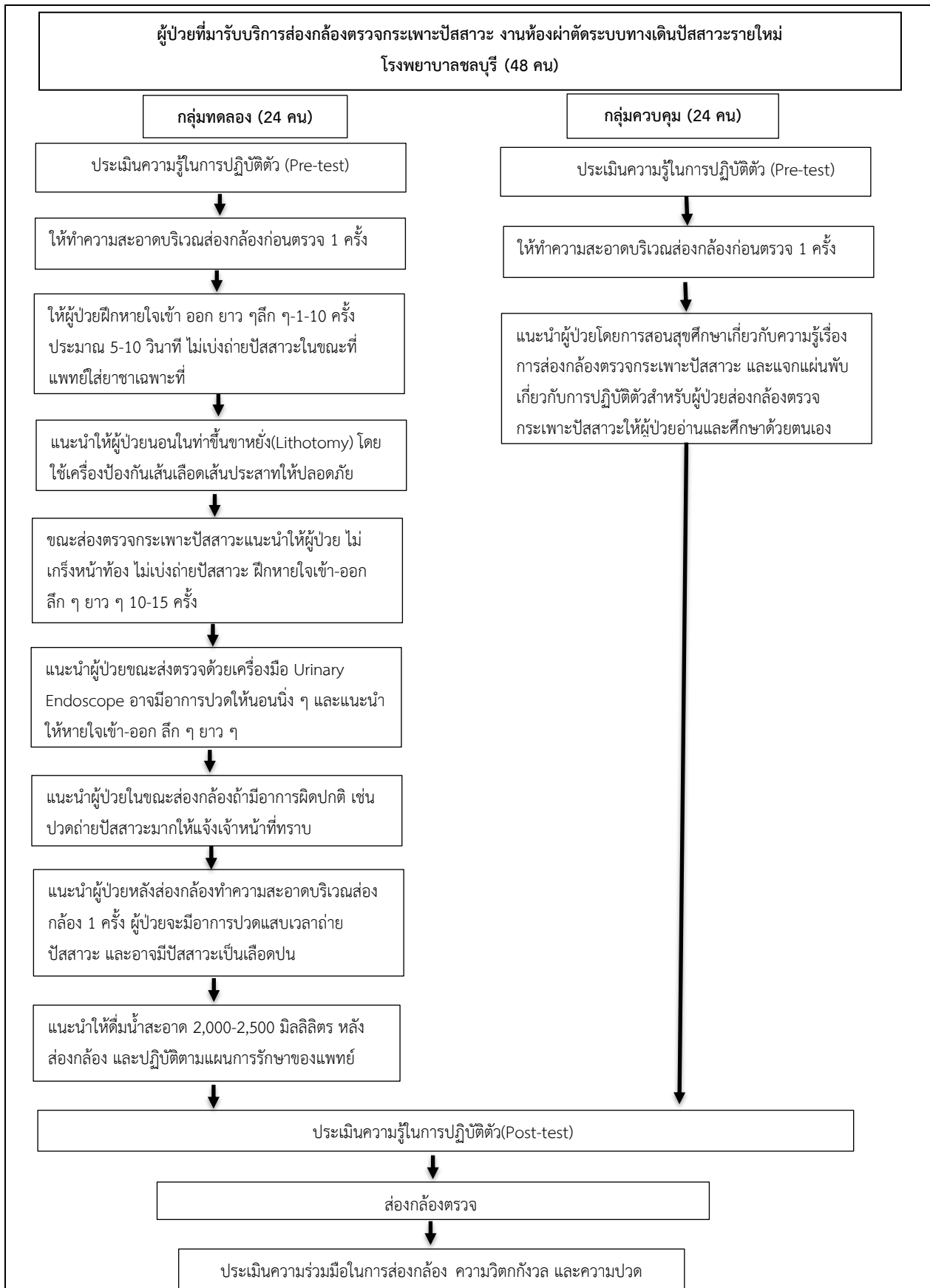
ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการวิจัย คือ แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว แบบประเมินความร่วมมือในการส่องกล้อง แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความปวด หลังได้รับการส่องกล้องโดยประเมินผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

2. เก็บรวบรวมผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน รวม 48 ฉบับ มาตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วนำมาประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี เอกสารเลขที่ 36/2560 รหัสวิจัย 99/60/N/q ลงวันที่ 27 เมษายน 2560



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม



ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเองและทีมงานกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษาค้างนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ การปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้างนี้จะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้เซ็นชื่อรับทราบลงในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยหลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่งกล้อง ความวิตกกังวล และความปวด โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลของการใช้แนวทางปฏิบัติเตรียมผู้ป่วยต่อความรู้และการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t- test)

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.70 และ ช่วงอายุ 41-50 ปี และ 61-70 ปี มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 16.70 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.70 และ ช่วงอายุ 41-50 ปี และ 61-70 ปี มีจำนวน

เท่ากัน ร้อยละ 16.70 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.50 และน้อยที่สุดคือชั้นอนุปริญญา ร้อยละ 4.20 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 37.50 ประกอบอาชีพค้าขาย และอาชีพงานบ้านจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 29.20 และน้อยที่สุดคือ อาชีพรับราชการ ร้อยละ 4.20 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00

กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.30 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.70 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 25 และ น้อยที่สุดคือ อายุต่ำกว่าเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.80 รองลงมาคือชั้นอนุปริญญา ร้อยละ 29.20 และน้อยที่สุดคือชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 4.20 ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด ร้อยละ 37.50 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.30 และน้อยที่สุดคืออาชีพรับราชการ ร้อยละ 4.20 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.20

2) ความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่งกล้อง ความวิตกกังวล และความปวดของผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนทดลองอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 2.92, SD= .65) ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean= 8.46, SD= .65) มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการส่งกล้องอยู่ในระดับดีมาก (Mean= 26.67, SD= 1.52) มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mean= 23.83, SD= 3.67) และมีคะแนนเฉลี่ยความปวดอยู่ในระดับน้อยมาก (Mean= 2.08, SD= .71)



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=48)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	17	70.80	20	83.30	.494	.303
หญิง	7	29.20	4	16.70		
อายุ						
>=40 ปี	-	-	3	12.50	1.00	.731
41 – 50 ปี	4	16.70	5	20.80		
51 – 60 ปี	16	66.70	10	41.70		
61 – 70 ปี	4	16.70	6	25.00		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	37.50	11	45.80	.559	.180
มัธยมศึกษา	12	50.00	5	20.80		
อนุปริญญา	1	4.20	7	29.20		
ปริญญาตรี	2	8.30	1	4.20		
อาชีพ						
งานบ้าน	7	29.20	6	25.00	.829	.752
เกษตรกร	9	37.50	8	33.30		
ค้าขาย	7	29.20	9	37.50		
รับราชการ	1	4.20	1	4.20		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	18	75.00	19	79.20	.943	.597
มี	6	25.00	5	20.80		

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนทดลองอยู่ในระดับต่ำ

(Mean= 2.92, SD= .77) ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน



ทดลองอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 5.67, SD= .63) มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการส่งกล้องอยู่ในระดับดี (Mean= 16.08, SD= 2.24) มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 45.00, SD=

4.60) และมีคะแนนเฉลี่ยความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 5.69, SD= .75) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่งกล้อง ความวิตกกังวล และความปวดของผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=48)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n=24)			กลุ่มควบคุม (n=24)		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนทดลอง	2.92	.65	ต่ำ	12.92	.77	ต่ำ
ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังทดลอง	8.46	.65	สูง	5.67	.63	ต่ำ
ความร่วมมือในการส่งกล้อง	26.67	1.52	ดีมาก	16.08	2.24	ดี
ความวิตกกังวล	23.83	3.67	เล็กน้อย	45.00	4.60	ปานกลาง
ความปวด	2.08	.71	น้อยมาก	5.96	.75	ปานกลาง

3) ผลของการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่งกล้อง ความวิตกกังวล และความปวดระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยต่อความรู้และการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t = .000$, $p = 1.00$) ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 14.93$, $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการส่งกล้องหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 19.11$, $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -17.59$, $p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.28$, $p < .001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการส่องกล้อง ความวิตกกังวล และความปวด ของผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t- test) (n=48)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)		t	df	p-Value
	Mean	SD	Mean	SD			
1) ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนทดลอง	2.92	.65	2.92	.77	.000	46	1.00
2) ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังทดลอง	8.46	.65	5.67	.63	14.93	46	.000
3) ความร่วมมือในการส่องกล้อง	26.67	1.52	16.08	2.24	19.11	46	.000
4) ความวิตกกังวล	23.83	3.67	45.00	4.60	-17.59	46	.000
5) ความปวด	2.08	.71	5.96	.75	-18.28	46	.000

p-value <.05

อภิปรายผล

ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

1) ความรู้ในการปฏิบัติตัว พบว่า ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องด้านระบบทางเดินปัสสาวะที่มีรูปแบบชัดเจน โดยมีการใช้แผ่นพับเป็นสื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคพยาธิสภาพของโรค เครื่องมือที่ใช้ในการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ ขั้นตอนการปฏิบัติก่อน ขณะ และ

หลังการได้รับการส่องกล้อง ตลอดจนมีการฝึกทักษะเกี่ยวกับการหายใจ การผ่อนคลายไม่เกร็งหน้าท้อง และการจัดการกับความปวด โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ มีความรู้ เข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ดีก่อน ขณะ และหลังการได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติยา ช่างเหล็ก (2553) ทำการศึกษาโปรแกรมให้ความรู้ด้วยวีซีดีและแผ่นพับร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบ พบว่า ภายหลังการสอนโดยใช้แผ่นพับการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กมีความรู้ ความเข้าใจ และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมและมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจาก การใช้สื่อแผ่นพับร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพ จดจำได้ดี ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้นำไปปฏิบัติได้



2) ความร่วมมือในการส่งกล้อง พบว่า

ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการส่งกล้องสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะ และ ภายหลังการส่งกล้อง มีการบอกวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามและมีการอธิบายรายละเอียดที่จำเป็นข้อบ่งชี้ในการส่งกล้องระบบทางเดินปัสสาวะโดยนำหลักทฤษฎีมาใช้ในการสร้างแผนพับเพื่อให้มีเนื้อหาสาระครบถ้วน ผู้ป่วยสามารถกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติก่อนมารับบริการส่งกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ เข้าใจปัญหา คาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่สามารถจินตนาการถึงขั้นตอนการส่งกล้องกระเพาะปัสสาวะได้ และนำไปสู่การเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้าว่าจะเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้น เมื่อมารับบริการส่งกล้องจริงจึงเกิดความร่วมมือในการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะเป็น อย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร สุทธิสนธิ (2560) เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อน การผ่าตัดเพื่อ บรรลุจุดมุ่งหมายต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเนื้ตอ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ผู้ป่วยที่มีต่อเนื้ตอที่มารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลโพธาราม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการผ่าตัดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ความวิตกกังวล พบว่า

ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p=.000$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะมีการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดขั้นตอนการรับผู้ป่วยเพื่อเตรียมตัวก่อนส่งกล้อง ขณะทำการส่งกล้องจะมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและอยู่ข้างๆ ตลอดเวลา พร้อมทั้งให้คำแนะนำทุกขั้นตอนของการส่งกล้องจนกว่าจะเสร็จสิ้นกระบวนการส่งกล้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกท้อถอยหรือเหนื่อยกับสถานการณ์การส่งกล้องเพียงลำพังจึงทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา เลหาวิช, สไบทิพย์ จุฑะกาญจน์ และเบญจาทิพรราช (2560) ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลความรู้การเตรียมตัวส่งกล้องตรวจหลอดลมในรูปแบบวิดีโอทัศนต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการส่งกล้องตรวจหลอดลม พบว่า ผู้รับบริการส่งกล้องตรวจหลอดลมที่ได้รับข้อมูลความรู้การเตรียมตัวส่งกล้องตรวจหลอดลมในรูปแบบวิดีโอทัศนมีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลความรู้การเตรียมตัวส่งกล้องตรวจหลอดลมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) ความปวด พบว่า

ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะมีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างเป็นระบบ คือการสอน การให้ความรู้แบบมีคู่มือหรือแผนพับการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความปวดตั้งแต่ในระยะก่อน ขณะ และ ภายหลังได้รับการส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ โดยเฉพาะในระยะการส่งกล้อง พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่ให้เกร็งหน้าท้องเพราะ

จะทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อระบบทางเดินปัสสาวะมากกว่าปกติ จึงมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ โดยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลง ทำให้ความเจ็บปวดลดน้อยลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กันตา โกสุมภ์ (2557) ทำการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี พบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระดับความปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. พยาบาลแผนกห้องผ่าตัดที่จะนำแนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่งกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะจะต้องให้การพยาบาลตามแนวทางทุกขั้นตอนโดยเฉพาะขั้นตอนการเตรียม เมื่อมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ดีแล้ว ในขณะทำการส่องกล้องผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ลดความวิตกกังวล และสามารถจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลที่จะทำการศึกษาต่อยอดจากงานวิจัยชิ้นนี้สามารถพัฒนาโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติที่ดีโดยการเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ที่หลากหลายเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากแผ่นพับ เช่น การทำภาพพลิกประกอบการอธิบายที่ตัวอักษร การใช้สื่อวีดิทัศน์ ในขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังการส่องกล้องที่เห็นภาพชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กันตา โกสุมภ์. (2557). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย คริสเตียน.
- จริยา เลหาวิช, สไบทิพย์ จุฑะกาญจน์ และเบญญา ทิพราช. (2560). ผลของการให้ข้อมูลความรู้การเตรียมตัวส่องกล้องตรวจหลอดลมในรูปแบบวีดิทัศน์ต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการส่องกล้องตรวจหลอดลม. *Rama Nurs J*, 23(2), 195-207.
- ถนอมนวล ต๊ะอินทร์. (2556). ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 49-57.
- รัตติยา ช่างเหล็ก. (2553). การศึกษาผลการเปรียบเทียบระหว่างการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือกับการใช้สื่อแผ่นพับต่อความรู้และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่ำบางสาย กิ่งอำเภอปึงนาราง จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เวชสถิติโรงพยาบาลชลบุรี. (2560). สถิติผู้ป่วยส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ประจำปี 2559. ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management)*. ฉบับที่ 1; พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่อง ความปวดแห่งประเทศไทย.
- ศศิธร สุทธิสนธิ์. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อบรรลุดูจดมุ่งหมายต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเนื้อตาที่โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งวิทยานิพนธ์



พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัย ศรีเตียน.

Benjamin Bloom, S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives*. New york : David McKay Co. , Inc.

Lydia, A.,Z., & Oluyinka, A.(2014). An insight into preoperative experiences of Ghanaian general surgical patients. *Clinical nursing research*, 23(2), 131-187.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (8th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer health/Lippincott Williams & Wilkins.

Xavier Biarreau, Ornella Lam, Van Ba, Lysanne Campeau and Jacques Corcos. (2017). Prospective evaluation of anxiety, pain, and embarrassment. *Can Urol Assoc J*, 11(3-4), 104-110. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.4127>

Spielberger, CD. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.



รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน
Model of Quality of Life Development for Patients with Cerebrovascular Diseases of
Banthi Subdistrict, Banthi District, Lumphun Province

Received: April 4, 2021

Revised: May 20, 2021

Accepts: June 15, 2021

ชัตติยาพร คนเที่ยง (พย.ม)¹, วัลลภา ทรงพระคุณ (Ph.D)²

Kattiyaporn Konthiang, (M.N.S), Wallapa Songprakun (Ph.D)

เพชรินทร์ เขียวสิงห์ (พย.ม)³

Petcharin Keowsingh (M.N.S)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มผู้ป่วย 13 คน ผู้ดูแลของผู้ป่วย 13 คน และผู้ให้ข้อมูลหลัก 15 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้สร้างตามองค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) และแบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต (Stroke Impact Scale: SIS) ฉบับภาษาไทย ของทศพร คำผลศิริ และคณะ (Khampolsiri, Pothiban, Sucamvang, & Panuthai, 2006) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test และสถิติบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน มีรูปแบบ (Model) การมีส่วนร่วมของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแล ไม่มีความแตกต่างกับหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ทั้งด้านความแข็งแรงของร่างกาย การสื่อสาร ความจำและความคิด อารมณ์ความรู้สึก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการใช้ชีวิตประจำวัน และการเคลื่อนไหวของร่างกาย ขณะที่ด้านการใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

¹อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

Corresponding author: kattiyapornk@yahoo.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านธิ



สรุปและข้อเสนอแนะ ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความพึงพอใจในรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพมีรูปแบบการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษาวิจัย ต่อยอดได้ในการดูแลเฉพาะด้านโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Abstract

This study aims to examine a model of quality of life development for patients with cerebrovascular diseases of Banthi Subdistrict, Banthi District, Lumphun Province. The samples are thirteen stroke-patients and thirteen principal-caregivers, including fifteen key informants. Data was collected using Stroke Impact Scale: SIS) Thai version questionnaire (Khampolsiri, Pothiban, Sucamvang, & Panuthai, 2006), in-depth interviews, and group discussion related to ECCM components. Wilcoxon Signed-Rank test and descriptive data were used to analyze data.

Finding illustrated that the model of quality of life development for patients with cerebrovascular diseases of Banthi Subdistrict, Banthi District, Lumphun Province was consistent with the community's context. Stakeholders in the community concern about the significances of quality of life development continuously and efficiency. The result showed significant difference between mean score at pretest and posttest of hand function ($p < 0.05$). However, there were no differences between mean scores at pretest and posttest of other components, strength, communication, memory, emotion, social participation, activity of daily living, and mobility.

In conclusion, stakeholders in the community Banthi Subdistrict, Banthi District, Lumphun Province were satisfied with the model of quality of life development for patients with cerebrovascular diseases, cooperated with continuous improvement of quality of life. Health care team had a model for implementing continuously and systematically, consistency with community context. Moreover, a guideline for quality of life development for patients with cerebrovascular diseases from this study can be applied for further study in special care of specific aspect, especially, for patients in rehabilitation phase.

KEYWORDS: Quality of Life, Stroke patient, Model of Quality of Life Development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) ที่เดิมมักพบในผู้สูงอายุนั้น จากรายงานองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2019) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวนมากกว่า 13 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่ง 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปี ตรวจพบโรคหลอดเลือดสมอง และในแต่ละปีพบผู้ที่อายุต่ำกว่า 70 ปี เกือบร้อยละ 60 เป็นโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ในแต่ละปียังพบรายงานคิดเป็นร้อยละ 8 ของผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองมีอายุน้อยกว่า 44 ปี จากรายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน ประเทศไทยมีรายงานปี พ.ศ. 2558 -2560 พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 429.86, 451.39 และ 467.46 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 43.30, 48.70 และ 47.80 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ นอกจากนี้ จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากร พ.ศ. 2557 สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program: IHPP) เกี่ยวกับการตายจำแนกตามรายโรคของประชากรไทยทุกอายุใน พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 รวมทั้งเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 25.70 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั้งทั่วโลก และในประเทศไทย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการในระยะยาวหลังจากผ่านพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว มักพบว่าจะเกิดความพิการอย่างใดอย่างหนึ่งติดตัวตลอดชีวิต มีปัญหาด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และการเคลื่อนไหวจากความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งอาจเกิดปัญหาด้านจิตสังคมตามมา การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเป็นสิ่งดีที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสำหรับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ (ภารดี เจริญทอง, วิไลวรรณ ทองเจริญ, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และ วิชชุดา เจริญกิจการ, 2558) ผลกระทบจากโรคที่มีต่อความบกพร่องในการใช้งานของร่างกาย การรับรู้ทางด้านจิตอารมณ์ บทบาท การทำหน้าที่ในครอบครัว ภาพลักษณ์ มีความต้องการการดูแลจากสมาชิกครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้เกิดความเหนื่อยล้า มีความเครียด บทบาทหน้าที่เปลี่ยนไป กระบวนการเชิงกิจของครอบครัว (สมบัติ น้ำดอกไม้, 2558) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองเพิ่มมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (รัชวรรณ สุขเสถียร, 2557) การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเองแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าแห่งตน อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี ชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดบ้าน ติดเตียง และ/หรือติดสังคม จำนวน 48 ราย ตามทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลบ้านธิ ปี พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ โรงพยาบาลบ้านธิ ซึ่งมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนว



ปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guideline: CPG) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพในการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามทางโรงพยาบาลบ้านธิยังไม่มีรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยมุ่งเน้นกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบ้านธิ เพื่อเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนตำบลบ้านธิ ที่มีประสิทธิภาพสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ตรงกับบริบทของวิถีชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล ที่จะมีส่วนสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบ้านธิ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเกณฑ์การคัดเลือก

ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบ้านธิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบ้านธิ จำนวน 48 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 48 ราย และ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบ้านธิ จำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามระยะ ดังนี้

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 คน ครอบครัวผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยติดบ้าน และผู้ป่วยติดสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชุมชนตำบลบ้านธิ ได้แก่ กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิ เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบ้านธิ รวมจำนวน 15 คน

ระยะพัฒนารูปแบบลงสู่การปฏิบัติ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 43 คน (ไม่นับรวมกลุ่มตัวอย่างระยะวิเคราะห์สถานการณ์) ได้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 13 คน ครอบครัวผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดบ้าน และผู้ป่วยติดสังคม และผู้ดูแลของผู้ป่วยที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาารูปแบบ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือจากการศึกษาเอกสาร ตำรา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ตามองค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM) นำองค์ประกอบดังกล่าวมากำหนดขอบเขตโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามในการสนทนากลุ่มในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วย เน้นประเด็นการรับรู้การเกิดโรค การรับรู้ข้อมูลและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การพัฒนาทักษะวิธีการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ตลอดจนปัญหาและความต้องการที่มีอยู่ รวมทั้งความต้องการการช่วยเหลือ

2) กลุ่มผู้ดูแล เน้นประเด็น การรับรู้การเกิดโรคและผลกระทบ ปัญหาที่ต้องให้การช่วยเหลือแก้ไข การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย บทบาทหน้าที่และวิธีการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ความต้องการช่วยเหลือ และการพัฒนาศักยภาพทักษะในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์

3) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เน้นประเด็นการรับรู้สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน การรับรู้ปัญหา ความสามารถ และความ

ต้องการการดูแลของผู้ป่วย และผู้ดูแล ตลอดจนกิจกรรมที่ชุมชนมีอยู่เดิมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในระยะพัฒนารูปแบบลงสู่การปฏิบัติ

1) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และการดูแลต่อเนื่อง ตามแนวทางการประเมิน ติดตามรายเเย่มร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิและการประสานงานความช่วยเหลือจากเทศบาลตำบลบ้านธิ ในการผลิต หรือหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่จำเป็น

2) แบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต (Stroke Impact Scale: SIS) ฉบับภาษาไทย ของทศพร คำผลศิริ และคณะ (Khampolsiri, et al., 2006) มีข้อคำถาม จำนวน 59 ข้อ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ความแข็งแรงของร่างกาย (strength) 2) การสื่อสาร (communication) 3) ความจำและความคิด (memory) 4) อารมณ์ความรู้สึก (emotion) 5) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (social participation) 6) การใช้ชีวิตประจำวัน (activity of daily living, ADL) 7) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility) และ 8) การใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (hand function) โดยแต่ละด้านมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน และค่าคะแนนที่มากหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่ได้มาตรฐานสำหรับวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง



ในการวิจัย มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha) = .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบ้านธิ โดยการดำเนินการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1: ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ทฤษฎีข้อมูลจากทะเบียน สถิติรายงาน ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) ตามแบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต (Stroke Impact Scale: SIS) ฉบับภาษาไทยของทศพร คำผลศิริ และคณะ (Khampolsiri, et al., 2006)

ขั้นตอนที่ 2: การวางแผนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชุมชนตำบลบ้านธิ ได้แก่ ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิและเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบ้านธิ ตามประเด็นปัญหาและความต้องการการดูแลและตามองค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (ECCM) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ขั้นตอนที่ 3: การปฏิบัติ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่

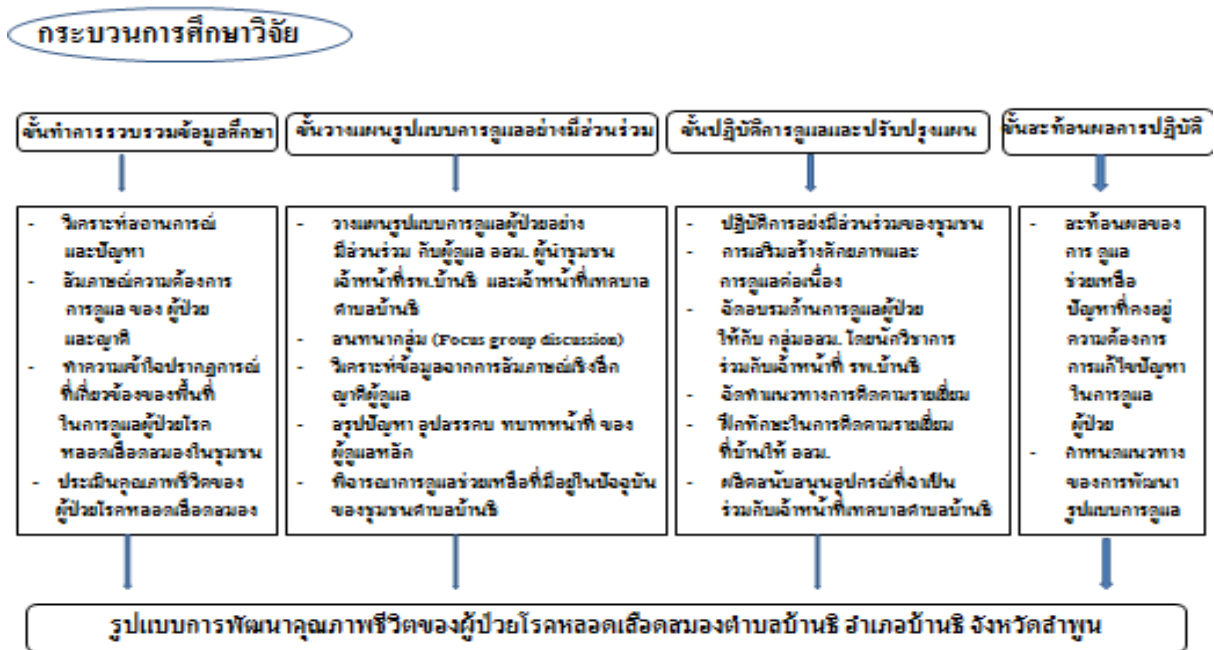
มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมสร้างศักยภาพและการดูแลต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยให้กับ กลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้ดูแลโดยนักวิชาการร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิจัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และฝึกทักษะในการติดตามรายเยี่ยมบ้านให้ อสม. นอกจากนี้ ร่วมกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบ้านธิในการผลิต และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นเหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยติดบ้าน และผู้ป่วยติดสังคม เพื่อเสริมสร้างศักยภาพที่เหมาะสมผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นตอนที่ 4 สังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม โดยการรวบรวมข้อมูล บันทึกการปฏิบัติงาน สถานการณ์ทางสังคม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ด้วยภาพถ่าย เครื่องบันทึกเสียง รวมทั้งภาพที่เห็น การได้รับฟัง และการสอบถาม ในขณะที่การวิจัยดำเนินการอยู่

ขั้นตอนที่ 5 การสะท้อนผลการปฏิบัติ การประเมินผลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชุมชนตำบลบ้านธิ เพื่อสะท้อนผลของการดูแลช่วยเหลือ และปัญหาที่ยังคงอยู่ รวมทั้งข้อมูลความต้องการการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนใช้เป็นแนวทางของการพัฒนาและเป็นพื้นฐานข้อมูลนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาการวางแผน และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในวงจรรอบที่ 2 ต่อไป เพื่อเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพต่อไป รวมทั้งประเมินผลคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วย (Post-test) ในเวลา 3 เดือนหลังจากการประเมินครั้งแรก ตามแบบวัดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมิน

คุณภาพชีวิต (Stroke Impact Scale: SIS) ฉบับภาษาไทย ของทศพร คำพลศิริ และคณะ (Khampolsiri, et al., 2006) และการประเมินผลลัพธ์สถานการณ์ และรูปแบบการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองในชุมชนตำบลบ้านธิ ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (ตามขั้นตอนที่ 1) และระยะพัฒนารูปแบบลงสู่การปฏิบัติ (ตามขั้นตอนที่ 2 - 5) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการศึกษาวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการฉบับสมบูรณ์เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย Research ID: 174-2560 Study Code: FULL068-2560 ลงวันที่ 10 เมษายน 2561

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน

13 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 13 คน สุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผลการศึกษาด้านข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุเฉลี่ยที่ 58.85 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ(ร้อยละ 92.30) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.20) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 61.50) ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1-3 ปี (ร้อยละ 53.80)

กลุ่มผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ยที่ 55.85 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.90) นอกจากนี้เป็นบุตร/ธิดา และสามี/ภรรยา (ร้อยละ 69.30) การศึกษาอยู่ในระดับ



ประถมศึกษา (ร้อยละ 84.60)

2. การรับรู้และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ตามองค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรัง ภาควิชา (ECCM) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ดูแล พบข้อมูลปัญหาและความต้องการดังนี้

2.1 การรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง

ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคอัมพาต รับรู้เกี่ยวกับอาการของโรค ระยะเวลาการเกิดโรค สามารถอธิบายอาการที่เกิดขึ้น สามารถระบุสาเหตุว่ามีอาการวูบ แขนขาอ่อนแรงหลังดื่มสุราเป็นประจำ สาเหตุจากการไม่เคยตรวจร่างกายประจำปีมาก่อนจนกระทั่งมีความดันโลหิตสูง และไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง หยุดยาลดความดันโลหิตด้วยตนเอง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีตนเองจะไม่สามารถหายเป็นปกติแต่ก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้ มีความหวังว่าสักวันจะดีขึ้น รับสภาพความเจ็บป่วย เพราะคิดว่าตนเองยังมีสภาพดีกว่าหลาย ๆ คนที่ต้องนอนติดเตียง ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกหงุดหงิดที่คู่สมรสอยู่ด้วยตลอดทั้งวัน

การรับรู้ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีวิธีในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ เลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพทางกายของตนเอง ใช้เครื่องพยุงกายเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการล้ม ป้องกันการติดเชื้อด้วยการไม่กลืนปัสสาวะ พยายามให้อาหารที่แข็งมีแรงเพื่อดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันให้มากที่สุด พยายามไม่คิดมาก พยายามช่วยเหลือตนเองให้มาก

ที่สุด โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งการไปพบแพทย์ตามตารางนัดหมาย

2.2 การรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองของผู้ดูแล

การรับรู้ข้อมูลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสามารถระบุสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเกิดจากความดันโลหิตสูง เกิดจากการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง การไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที สามารถระบุอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ผู้ดูแลระบุบทบาทหน้าที่และวิธีการดูแลผู้ป่วยด้านการเลือกและจัดสรรเมนูอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยช่วยบิบนวดกล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรง รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพจิตโดยการหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วยอยู่เสมอ

การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการจัดเตรียมอาหารให้ ทำงานบ้านแทนผู้ป่วยซึ่งก่อนเจ็บป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง รับหน้าที่รับ-ส่ง เพื่อไปพบแพทย์ตามนัด ในขณะที่ผู้ดูแลต้องไปรับจ้างทำงานเพื่อหารายได้เพิ่มขึ้นสำหรับค่าใช้จ่ายในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยขาดรายได้จากการไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้านการช่วยกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย ส่วนร่วมในการจัดเตรียมยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามรับประทานเองตามเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ผู้ดูแลหลายคนต้องเป็นผู้นำในการตัดสินใจเรื่องการบำบัดรักษาผู้ป่วย ดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด การฟังเพลง การสวดมนต์ ผู้นำทางศาสนาช่วยเสริมกำลังใจตามความเชื่อของผู้ป่วย

ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงขีดความสามารถว่าตนเองสามารถทำการดูแลได้ทุกอย่างที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเคยปฏิบัติได้ด้วยตนเองก่อนการเจ็บป่วย การดูแลด้านกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพทางกาย รวมทั้งสามารถช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย ทั้งนี้ ผู้ดูแลมีความต้องการการพัฒนาศักยภาพ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในการให้ความรู้ข้อแนะนำเกี่ยวกับชนิดอาหารที่เป็นประโยชน์ ต้องการเรียนรู้จากสื่อความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ต้องการสอบถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ ต้องการฝึกปฏิบัติทักษะการกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย ขอให้เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดมาช่วยแนะนำและอบรมเชิงปฏิบัติการ เพิ่มทักษะการรับฟังและยอมรับเข้าใจผู้ป่วย ต้องการเพิ่มความรู้ความเข้าใจในเรื่องผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้ไม่เกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อจากการนอนบนเตียงเป็นเวลานาน

2.3. ผลจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล

ในกลุ่มผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน ทีมสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านธิและเทศบาลตำบลบ้านธิ เพื่อศึกษาทำความเข้าใจปรากฏการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก และกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตามองค์ประกอบของ ECCM ตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

การรับรู้สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลบ้านธิ ในขณะนี้มีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น สาเหตุจากปัญหาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ การดื่ม

แอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม รสหวาน และอาหารประเภทแป้ง ไขมัน นอกจากนี้ประชาชนขาดความตระหนักในการตรวจร่างกายประจำปี รับรู้ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อครอบครัวและต่อคนในชุมชน ซึ่งการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อตนเองด้านศักยภาพการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน หน้าที่การงาน และรายได้ที่เคยได้รับ ที่สำคัญยังส่งผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัวทั้งด้านความต้องการการดูแล ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีรายได้ลดลงในขณะที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ทีมสุขภาพ อสม. และผู้นำชุมชนที่สามารถดูแลผู้ป่วยโดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อดูแลสุขภาพเบื้องต้นและสร้างเสริมกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย นอกจากนี้รับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการอุปกรณ์ช่วยพยุงในการเคลื่อนไหว รถเข็น ที่นอนลมหรือที่นอนน้ำสำหรับผู้ป่วยติดเตียง ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลต้องการการเพิ่มพูนศักยภาพด้านการดูแลด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจ การอบรมเชิงปฏิบัติการวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกิจกรรมของชุมชนที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือการประสานงานกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในการจัดหารถเข็น ที่นอนลม หรือที่นอนน้ำ การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยตามบ้านแต่ขาดหลักการ และกำลังคนที่จะเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนให้ทั่วถึง



3. ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบระยะก่อน (Pre-test) จำนวน 13 ราย และ ระยะหลัง (Post-test) จำนวน 11 ราย (เสียชีวิตจากภาวะของโรค 2 ราย) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Wilcoxon Signed Ranks Test) คะแนนผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนระยะก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแล ระยะหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายด้านของคะแนนผลกระทบ จากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล

ผลกระทบ	ก่อน		หลัง	
		SD		SD
ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (strength)	6.85	3.74	7.64	1.50
ด้านความจำและความคิด (memory)	18.23	9.21	19.00	4.31
ด้านอารมณ์ความรู้สึก (emotion)	25.25	9.54	29.00	5.14
ด้านการสื่อสาร (communication)	20.54	9.79	22.36	5.92
ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน (activity of daily living, ADL)	18.38	11.89	21.18	10.38
ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility)	18.38	13.11	22.00	10.46
ด้านการใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (hand function)	2.54	3.41	6.45	4.93
ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (social participation)	16.77	11.55	15.45	9.83

* $p < .05$

จากตารางที่ 3.1 จะเห็นได้ว่าผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Wilcoxon Signed Ranks Test) คะแนนผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนระยะก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแล ระยะหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .031 ในด้านการใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (hand function) ส่วนด้านอื่น ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลและระยะ

หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลรายด้าน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ด้าน

การวิจัยนี้สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน นั้นมีรูปแบบ (Model) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นแนวทางในการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตนี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนระยะก่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระยะหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนระยะก่อนและระยะหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .031 ในด้าน การใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (hand function) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทางชุมชนมีส่วนร่วมนั้น มุ่งเน้นให้ทีมวิจัยชุมชนได้ทำการเยี่ยมบ้านรายเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ทุก ๆ สัปดาห์ รวมการเยี่ยมบ้าน 9 ครั้ง /รายเยี่ยม โดย ผสมผสานการนัดด้วยวิธีบริเวณที่อ่อนแรง การประคบ กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงด้วยขิงสด ตามที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการจากวิทยากรนักวิชาการที่เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้รับความพึงพอใจจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่สามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่าง ต่อเนื่องที่บ้าน อาจส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยด้านการใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (hand function) แตกต่างกัน ระหว่างระยะก่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระยะหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ อสม.ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งอาจ

ประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพ และนักโภชนาการ ออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลเป็นการเยี่ยมเพื่อสอบถามความเป็นอยู่ทั่วไป เป็นช่องทางหนึ่งในการให้คำแนะนำ ติดตามอาการของผู้ป่วยและวิธีการดูแลของครอบครัวแล้ว ยังเป็นการเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วยและคนในครอบครัวในการต่อสู้กับวิกฤติที่เกิดขึ้น (สมบัติ น้ำดอกไม้, 2558) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะก่อน และระยะหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลรายด้าน ในด้านอื่น ๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่ประเมิน ก่อนและหลังการพัฒนาต่างกันเพียง 3 เดือน ซึ่งการที่คะแนนด้านความแข็งแรงของร่างกาย (strength) การสื่อสาร (communication) ความจำและความคิด (memory) อารมณ์ ความรู้สึก (emotion) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (social participation) การใช้ชีวิตประจำวัน (activity of daily living, ADL) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility) จะดีขึ้นอาจต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพ

จากผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน มีรูปแบบ (Model) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นพัฒนาตรงตามความต้องการของประชาชนยิ่งขึ้น เนื่องจากชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา หาสาเหตุของปัญหา และร่วมวางแผนทางแก้ไขปัญหา กระบวนการเหล่านี้ทำให้ชุมชนได้



ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนและร่วมกันกำหนดแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งจะตรงกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในชุมชนมากที่สุด การที่ชุมชนได้มีส่วนร่วมกำหนดปัญหา และกำหนดกลวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จะทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบในการดำเนินการ ทำให้บรรลุตามเป้าหมายมากขึ้น (รังสียา นารินทร์ และคณะฯ, 2557)

2. ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

จากผลการวิจัยพบว่า ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนตำบลบ้านธิ เกิดความพึงพอใจในรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความสำคัญร่วมมือในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และมีการวางแผนเพื่อขยายผลจากผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการมีส่วนร่วมดำเนินการกิจกรรมต่างๆ จะทำให้มองเห็นถึงผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ชุมชนเกิดทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยในการที่จะดำเนินการให้คงอยู่ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป อีกทั้งการมีส่วนร่วมส่งเสริมความสามารถและศักยภาพของชุมชน โดยความสำเร็จของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง จะสร้างความมั่นใจแก่ชุมชนในการดำเนินการกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป และสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่มากขึ้น (รังสียา นารินทร์ และคณะฯ, 2557)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนสามารถนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนที่มีความใกล้เคียงกัน
2. ควรมีการศึกษาในระยะเวลายาวขึ้นเพื่อติดตามความยั่งยืนของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต
3. ควรทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการรักษา มาไม่เกิน 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยพายัพ ที่สนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินโครงการวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบ้านธิ โรงพยาบาลบ้านธิ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชุมชน ต.บ้านธิ อ.บ้านธิ จ.ลำพูนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

(2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

ภารดี เจริญทอง, วิไลวรรณ ทองเจริญ, นารินทร์ จิตรมนตรี, และวิชุดา เจริญกิจการ. (2558). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35 (ฉบับพิเศษ): เดือน กันยายน – ธันวาคม, 143-158.



- รัชวรรณ สุขเสถียร. (2557). การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 24(2), 37-43.
- รังสิยา นารินทร์ และคณะ. (2557). รายงานการศึกษาวิจัยถอดบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- สมบัติ น้ำดอกไม้ (2558) . ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยบูรพา.

- Khampolsiri T, Pothiban L, Sucamvang K, & Panuthai S. (2006). A Home-based Nursing Intervention for Enhancing Quality of Life of Stroke Survivors. *Chula Med J*, 50, 707–725.
- World Health Organization. (2015). *World Stroke Campaign*. Retrieved 8 Dec 2020, from <http://www.world-stroke.org>.
- World Stroke Organization. (2019). *(WSO): Global Stroke Fact Sheet 2019*. Retrieved 10 Jan 2021, from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Fact-sheet_15.01.2020.pdf.



การสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลรามธิบดี: การวิจัยเอกสาร

Role Synthesis of Pediatric Palliative Care Nurse in Ramathibodi Hospital:

Document Research

Received: April 23, 2021

Revised: May 18, 2021

Accepts: June 2, 2021

นิตยา ปรีชายุทธ (พย.ม.)¹, อัญชลี ชาตกิจติสาร (ศษ.ม.)²,

Nitaya Prichayudh (M.N.S.), Aunchalee Chatgitisan (M.Ed.),

ณิชา ขุนอินทร์ (วท.ม.)³, อธิราภรณ์ จันทร์ตา⁴

Nitcha Khunin (M.Sc.), Tiraporn Junda (PhD Nursing)⁴

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเอกสาร เพื่อสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคอง (Pediatric Palliative Care Nurse: PPCN) ในโรงพยาบาลรามธิบดี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยที่มีการบันทึก palliative nurse's note โดย PPCN จำนวน 100 ราย ในช่วง 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2561 ที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมง วิเคราะห์บทบาทของ PPCN โดยใช้กรอบแนวคิดปัจจัยการดูแล 10 ประการของวัตสัน และการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพระไพศาล วิสาโล ดำเนินการวิจัยโดย 1) อ่านบันทึก palliative nurse's note อย่างละเอียด 2) จับใจความสำคัญและใส่รหัสข้อมูล 3) แยกแยะเนื้อหาแล้วหาความเชื่อมโยงเพื่อจัดหมวดหมู่ 4) หาความสัมพันธ์ของแต่ละหมวดหมู่แล้วสังเคราะห์เป็นบทบาทของ PPCN ผลการวิจัยพบว่า PPCN มีบทบาทดังนี้ 1) ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพเด็กป่วยและพูดคุยเกี่ยวกับความตายตามระดับการรับรู้และความคิดของแต่ละช่วงวัยของเด็กป่วยแก่ครอบครัว 2) ประเมินปัญหา ช่วยเหลือ และเสริมสร้างสุขภาวะด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแก่เด็กป่วยและครอบครัว 3) เตรียมการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับเด็กป่วยและครอบครัวเมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต 4) การจัดการความปวดและการดูแลให้เกิดความสุขสบาย ลดความกลัวจากการอยู่โรงพยาบาลหรือการทำหัตถการ 5) ช่วยน้อมนำสิ่งดีงามและช่วยให้เด็กป่วยและครอบครัวมีจิตอันสงบ 6) การประสานงาน 7) การดูแลเด็กป่วยและครอบครัวเมื่อสิ้นสุด

¹*พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลรามธิบดี, Thailand

Registered Nurse, Ramathibodi Palliative Care Excellence, Thailand

Corresponding author: ningeg8@gmail.com

²หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็ก งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, Thailand

³สาขาวิชาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, Thailand

⁴โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลรามธิบดี, Thailand

การดูแลแบบประคับประคอง จากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า PPCN มีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ ความเข้าใจ และการยอมรับของเด็กป่วยและครอบครัว ต่อแนวทางการดูแลของทีมแบบองค์รวม เพื่อให้เด็กป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบและส่งผลให้ความรู้สึกละอายของครอบครัวลดลง

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, บทบาทพยาบาล, พยาบาลผู้ดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคอง

Abstract

This Article is documentary research to synthesize the role of pediatric palliative care nurse (PPCN) at Ramathibodi hospital. The example was 100 patients who had document of palliative nurse's notes who was received in hospital more than 48 hours during 1 January 2017 – 31 December 2018. The role of PPCN extends to The concept of Watson's 10 carative factors and the end-stage patients support of Phra Paisal Visalo. Follow the research: 1) Read the palliative nurse's notes carefully 2) Find the importance and add Identification code 3) Identify content and find associations for groups 4) Finding correlation for each category. And then synthesis is the role of PPCN. Research result show that the role of PPCN has set this up. 1) Provide health care advice and death according to the level of awareness and the sensitivity of each age 2) Assess the problems, support and strengthen the health of physical, mental, emotional, social and soul for the young patients and families 3) Prepare a joint planning between the multidisciplinary and families 4) Pain management and care for happiness and peace of mind. Reduce fear from being in the hospital or performing procedures 5) Bring about goodness and help patients and families with peaceful mind 6) Coordination 7) Care at the end of palliative care. This research showed that PPCN's role play an important of the health team approaches covering holistic care to build trust, understanding and acceptance of the patients and families all the way to the end of life to pass away peacefully. And resulting in reduced feelings of loss and grieves.

KEYWORDS: Palliative Care, Nursing Role, Pediatric Palliative Care Nurse



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าด้านนวัตกรรมทางการแพทย์และการพัฒนาระบบสาธารณสุข มีผลทำให้อายุยืนยาวขึ้นและมีสุขภาวะที่ดี (Lichtenberg, 2017) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) ให้ความสำคัญกับการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามคุณภาพชีวิตคือแนวคิดของการดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคอง (palliative nursing) ที่เน้นการผสมผสานมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลเด็กป่วย ใช้กระบวนการรักษาผู้ป่วยอย่างมีสมดุลของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์กับสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาในสิ่งที่จำเป็นเกิดประโยชน์ในวาระสุดท้ายของชีวิต มิใช่เป็นการยืดความตายแต่ให้ยอมรับว่าความตายเป็นกระบวนการปกติของชีวิต การดูแลแบบประคับประคองโดยมีเด็กป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตตลอดจนช่วยลดภาวะไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานและความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับวิกฤตของชีวิตได้ (Akard, Hendricks-Ferguson & Gilmer, 2019) การดูแลแบบประคับประคองจึงช่วยเพิ่มคุณภาพงานบริการด้วยการส่งเสริมช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Schulman-Green & Shellie Feder, 2018) ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความรักความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (Watson, 2005) มีการสร้างทักษะในการรับรู้จิตวิญญาณของตนเองและผู้อื่น มีการสร้างและรักษาสัมพันธภาพในการช่วยเหลือระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแลแบบไว้วางใจและจริงใจ การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ การช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจให้ผู้ป่วยและครอบครัว การปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ สร้างบรรยากาศแห่ง

ความสงบและกล่าวคำอำลาจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยอมรับความตายที่จะมาถึงได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2557) ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2562)

แนวปฏิบัติ การพยาบาลการดูแลแบบประคับประคองของเด็กป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 5 ส่วนหลักๆ ได้แก่ การพยาบาลด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณตามพัฒนาการของเด็กป่วย การพยาบาลระยะใกล้เสียชีวิต และการพยาบาลภายหลังเด็กป่วยเสียชีวิต ซึ่งยังเพิ่มประเด็นที่ควรนำมาประยุกต์ใช้คือการบริหารจัดการความปวดซึ่งประกอบด้วยการประเมินและการจัดการความปวด การบริหารจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค การสื่อสารและการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์, ชนันทน์ โพธิ์ขวาง, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์ และพนิดา อาวุธ, 2560)

ในบริบทของงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง (Pediatric Palliative Care: PPC) เพื่อทำงานร่วมกันในการพัฒนาองค์ความรู้ บุคลากรและระบบการทำงานให้ครอบคลุมการดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยแบบประคับประคอง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่ มกราคม 2559 แนวทางการทำงานคือ เมื่อแพทย์เจ้าของไข้หลักตัดสินใจส่งปรึกษาทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง (Pediatric Palliative Care Team: PPCT) พยาบาลผู้ดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคอง

(Pediatric Palliative Care Nurse: PPCN) จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลหลักและหอผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้ทำแบบประเมินการดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองสำหรับเด็กป่วยและครอบครัวที่เคยได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 56 ราย ใน 4 ด้าน คือ 1) การได้รับข้อมูล 2) การดูแลของทีมสุขภาพ 3) การเตรียมความพร้อมของเด็กป่วยและครอบครัว 4) การมีส่วนร่วมของเด็กป่วยและครอบครัว พบว่า ทุกฝ่ายได้รับข้อมูล ได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะดำเนินชีวิตในระยะสุดท้าย และมีส่วนร่วมการตัดสินใจวางแผนการรักษารวมถึงได้รับการดูแลความไม่สุขสบายจากภาวะโรค มีอัตราความพึงพอใจมากร้อยละ 86 และจากการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองที่ช่วยลดความเครียดในการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวพบว่าอยู่ในระดับที่ดีถึงดีมากร้อยละ 91.14 (นิตยา ปรีชายุทธ, 2560)

จากผลการประเมินพบว่ากระบวนการพยาบาลดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวน่าจะมีรูปแบบหรือวิธีการเฉพาะที่น่าศึกษาเพื่อนำมาพัฒนาให้เป็นมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะสร้างแนวปฏิบัติบทบาทของ PPCN เพื่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของการดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลรามาธิบดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์การใช้กรอบแนวคิดปัจจัยการดูแลที่สำคัญ 10 ประการ ของวัตสัน (Watson, 2005; 2008 ; จอนพะจง เพ็งจาด, 2553). ได้แก่ 1) การปฏิบัติด้วยความรักและความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ 2) การแสดงความเป็นตัวตนที่แท้จริงในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริง 3) การสร้างทักษะในการรับรู้จิตวิญญาณของตนเองและผู้อื่น 4) การสร้างและรักษาสัมพันธภาพ 5) การยอมรับในการแสดงความรู้สึกด้านบวกและด้านลบตามที่เป็นจริง 6) การใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจ 7) การให้ข้อมูล 8) การเตรียมการเพื่อสนับสนุนปกป้อง หรือแก้ไขภาวะสุขภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งปัจจัยภายนอก คือ ด้านร่างกาย ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และปัจจัยภายใน คือ สุขภาพจิต จิตวิญญาณ และกิจกรรมทางวัฒนธรรม 9) สนับสนุนความต้องการของบุคคล 4 ด้านคือ ชีวภาพ จิตใจ จิตสังคม และความต้องการภายในบุคคลและระหว่างบุคคล 10) การเปิดโอกาสให้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคลในภาวะที่เขาเป็นอยู่ ช่วยชี้แนะให้ค้นหาแก่นของชีวิต เข้าใจชีวิต และกำหนดเป้าหมายชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และแนวคิดการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพระไพศาล วิสาโล (2557) ที่ให้ความเห็นว่าความเจ็บป่วยมิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีอิทธิพลต่อจิตใจด้วย การต้องเผชิญกับความตาย ความพลัดพรากสูญเสียกระตุ้นเราให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมาก มีหลักการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย 7 วิธี ได้แก่ 1) การให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ 2) การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง 3) การช่วยให้



จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม 4) การช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ 5) การช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ 6) การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ 7) การกล่าวคำอำลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบบันทึกข้อมูลจาก palliative nurse's note ที่ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ประเภทของโรค ภาวะการเจ็บป่วยตามระบบของร่างกาย ภาวะการเจ็บป่วยแยกตามการดำเนินโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลจนจำหน่ายหรือเสียชีวิต ระยะเวลาที่ PPCN ดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองหลังได้รับการส่งปรึกษา และสถานะผู้ป่วย ณ วันสุดท้ายของการนำข้อมูลในบันทึกมาศึกษา ความถี่ในการบันทึก ความถี่ของ Team/ Family Meeting ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่แสดงถึงการทำงานพยาบาลของ PPCN และผลลัพธ์ของการดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเอกสาร จากแบบบันทึก palliative nurse's note ของเด็กป่วยแบบประคับประคอง โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้ 1) ทีมผู้วิจัยอ่านบันทึก palliative nurse's note อย่างละเอียด 2) จับใจความสำคัญและใส่รหัสข้อมูล 3) แยกแยะเนื้อหาเพื่อหาความเชื่อมโยงและจัดกลุ่ม 4) หาความสัมพันธ์ของแต่ละหมวดหมู่ แล้วสังเคราะห์เป็นบทบาทของ PPCN 5) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในการสร้างบทบาทของ PPCN

เพื่อการดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลรามาธิบดี

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรเป็นเด็กป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองทุกกลุ่มโรค ในช่วง 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2561 จำนวน 100 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้าคือ เด็กป่วยที่มีการบันทึก palliative nurse's note โดย PPCN และมีการรับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมง เกณฑ์การคัดออกคือเด็กป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและการบันทึกที่ไม่สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้ข้อมูลทางสถิติแบบพรรณนา แจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ส่วนที่ 2 วิเคราะห์เนื้อหาการบันทึก palliative nurse's note โดยประยุกต์การใช้กรอบแนวคิดปัจจัยการดูแลของวัตสัน (Watson, 2005; 2008) และการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพระไพศาล วิสาโล (2557) เพื่อสังเคราะห์บทบาทการดูแลของ PPCN

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ของเด็กป่วยจากบันทึก palliative nurse's note จำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55) มีการแบ่งช่วงอายุตามการรับรู้เกี่ยวกับความตายพบว่าอายุตั้งแต่แรกเกิด - 3 ปี มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 43 (Median (Interquartile range; IQR) 4.54 (8.57)) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 85) เมื่อแบ่งตามประเภทของโรคพบว่าเป็น



โรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ มากที่สุดถึงร้อยละ 34 ซึ่งสอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วยตามระบบการดูแลหลักที่เป็นโรคมะเร็งคือร้อยละ 36 ซึ่งถ้าพิจารณาตามการดำเนินโรคเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90) ระยะเวลาที่รับเด็กป่วยไว้ดูแลในโรงพยาบาลถึงจำหน่ายหรือเสียชีวิตอยู่ในช่วง 3-30 วัน (ร้อยละ 87) ระยะเวลาที่ PPCN ดูแลเด็กป่วยหลังได้รับการส่งปรึกษาส่วนมากอยู่ในช่วงมากกว่า 2-30 วัน คือร้อยละ 87 (Median (IQR) 8 (17)) สภาวะเด็กป่วยในวันสิ้นสุดการดูแลส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 62) บันทึกการตรวจเยี่ยมเด็กป่วยแต่ละรายอยู่ในช่วง 1-3 ครั้ง ถึงร้อยละ 72 (Median (IQR) 2(2)) และมีบันทึกการทำ Family Meeting 1-2 ครั้ง จำนวนร้อยละ 67 (Median (IQR) 2(1) ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 แบบบันทึก เนื้อหาและข้อความที่แสดงถึงการทำงานของ PPCN และผลลัพธ์ของการดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคอง ที่ทำให้จัดหมวดหมู่บทบาทในการดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองของ PPCN มีดังนี้

1. การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและพูดคุยเกี่ยวกับความตายตามระดับการรับรู้และความคิดของแต่ละช่วงวัยของเด็กป่วยแก่ครอบครัว ดังบันทึก (ตัวอย่างที่ 1: ผู้ป่วยอายุ 3 เดือน) “ทำความเข้าใจกับบิดาว่า ทุกวันนี้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีความสุข อารมณ์ดี ยิ้มให้ทุกคน ไม่ได้ทุกข์อย่างที่บิดาคิด เพราะด้วยวัยต้องการเพียงอ้อม นอนได้ อยู่ในท่ามกลางคนรักก็เพียงพอแล้ว” และบันทึก (ตัวอย่างที่ 2: ผู้ป่วยอายุ 12 ปี) “แนวทางบอกลูก อ่านหนังสือ เล่นมุกตลกกับลูก และหาโอกาสคุยกัน ถ้ามีการถามถึงโรค ก็เป็นโอกาสให้ได้

ถามถึงความกลัว ความกังวล หรือความรู้สึกติดค้างมากกว่าที่จะอธิบายเรื่องโรคและจุดสิ้นสุด หรืออาจหาโอกาส เช่น การเล่าเรื่อง/ประสบการณ์ที่เคยไปร่วมงานศพคุณยาย พูดคุยสิ่งที่ดี ให้ความมั่นใจว่าจะมีสิ่งดีรออยู่เสมอ”

2. การประเมินปัญหา ช่วยเหลือ และเสริมสร้างสุขภาวะด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแก่ครอบครัวและเด็กป่วย ดังบันทึก (ตัวอย่างที่ 3) “มารดาร้องไห้และยอมรับว่า มีความกังวลกลัวที่จะถึงวันนั้น รู้สึกเครียดบ่อยครั้ง บางครั้งไม่ได้เล่นกับลูกอย่างแจ่มใสเหมือนที่ควรจะเป็น และมีคำพูดว่า “เมื่อถึงช่วงเวลานั้นยังไม่รู้ว่าจะอยู่ได้อย่างไร แนะนำเรื่องการทำให้ใจให้ว่าง ปล่อยวางเพื่อช่วยกันส่งพลังบวกให้ผู้ป่วย เพราะความเครียดของมารดาจะมีผลถึงผู้ป่วยได้ เป็นเรื่องยากสำหรับความรู้สึก แต่อาจจะเป็นแนวทางที่ดีที่สุด” หรือตัวอย่างบันทึกที่ 4 “ผู้ป่วยต้องการจัดงานวันเกิด เพราะปกติอยู่กับยาย ทุกวันเกิด บิดา-มารดาจะกลับมาหา เป็นวันที่ได้อยู่พร้อมหน้า แนะนำให้จัดก่อน และได้ปรึกษาหน่วยนันทนาการ หาอุปกรณ์ ขวนผู้ป่วย บิดา น้องสาว วาดรูป card วันเกิดให้ ผู้ป่วยดีใจมาก ตีรูปไว้หัวเตียง”

3. การวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับเด็กป่วยและครอบครัวเมื่อถึงระยะสุดท้าย ดังตัวอย่างบันทึกที่ 5 “มารดาอยากให้แพทย์ให้ยาให้ลูกหลับอย่างสงบ แต่ขอให้ผ่านวันแม่ไปก่อน โดยมี hope 3 ข้อ 1) อยากเห็นผู้ป่วยสงบไม่ทุกข์ทรมาน 2) อยากอุ้มผู้ป่วย 3) อยากกลางานเพื่ออยู่กับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย”



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของเด็กป่วยจากบันทึกการดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองของ PPCN

ข้อมูล	จำนวน(ราย) ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน(ราย) ร้อยละ
เพศ		ภาวะการเจ็บป่วยแยกตามการดำเนินโรค	
ชาย	55	เจ็บป่วยเฉียบพลัน	10
หญิง	45	เจ็บป่วยเรื้อรัง	90
อายุตามการรับรู้เกี่ยวกับความตาย		ระยะเวลาที่ PPCN ดูแลหลังได้รับการส่งปรึกษา	
แรกเกิด -3 ปี	43	มากกว่า 2- 30 วัน	89
มากกว่า 3-6 ปี	19	มากกว่า 30- 60วัน	8
มากกว่า 6-12 ปี	29	มากกว่า 60- 90วัน	3
มากกว่า 12 ปี	9	Median (IQR) 8(17)	
Median (IQR) 4.54 (8.57)			
ศาสนา		จำนวนบันทึกการตรวจเยี่ยมในแต่ละราย(ครั้ง)	
พุทธ	85	1-3	72
คริสต์	6	4-6	17
อิสลาม	9	7-9	7
		มากกว่า 10	4
		Median (IQR) 2 (2)	
ประเภทของโรค		จำนวนบันทึกการทำ Family Meeting (ครั้ง)	
โรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ	34	1-2	67
โรคทางพันธุกรรม	27	3-4	27
โรคอื่น ๆ	39	5-6	6
		Median (IQR) 2(1)	
ภาวะการเจ็บป่วยตามระบบการดูแลหลัก		สภาวะผู้ป่วยในวันสิ้นสุดการดูแล	
พันธุกรรม	23	มีชีวิต	62
มะเร็ง	36	เสียชีวิต	38
หัวใจ	11		
ทางเดินหายใจ	3		
ประสาท	16		
ทางเดินอาหาร	7		
ระบบอื่น ๆ	4		

4. การจัดการความปวดและการดูแลให้เกิดความสุขสบาย ลดความกลัวจากการอยู่โรงพยาบาล หรือการทำหัตถการ ดังตัวอย่างบันทึกที่ 6 “ผู้ป่วยกินยา MST แต่ครึ่งชั่วโมงต่อมาก็ร้องปวด ต้องการยาฉีดเท่านั้น จึงจะยอมสงบลง มารดาเครียดมาก ได้คุยกับผู้ป่วยให้เข้าใจว่าปรับยาแก้ปวดให้เป็นชนิดกินเพื่อจะได้กลับบ้านได้ แต่ถ้ายังต้องการเป็นยาฉีด ต้องอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยอยากกลับบ้านมากยอมกิน MST ไม่ร้องขอ MO iv อีกพักก็ได้ตลอดคืน” และตัวอย่างบันทึกที่ 7 (ผู้ป่วยอายุ 6 ปี) “พาผู้ป่วยไปแนะนำกับทีมสหสาขาและการและชีวิตร่วมเล่นในห้องสหสาขา ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น ไม่เครียดและกลัวการอยู่โรงพยาบาลอีก”

5. การช่วยน้อมนำสิ่งดีงามและช่วยให้เด็กป่วยและครอบครัวมีจิตอันสงบ ดังตัวอย่างบันทึกที่ 8 “นิมนต์พระมาให้บิดา-มารดา-ยาย-ผู้ป่วย ร่วมถวายสังฆทาน ในขณะที่พระอยู่ในห้อง ผู้ป่วยมองตามตลอดเวลา แววตาสดใสมาก วันต่อมา ถึงแก่กรรมอย่างสงบ โดยบิดา-มารดา-ยาย สวดมนต์ให้ตลอด ทุกคนได้อุ้มสลับผู้ป่วย”

6. การประสานงาน ดังตัวอย่างบันทึกที่ 9 “หลังเสียชีวิตญาติกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ประสานส่งพบนักสังคมสงเคราะห์และติดต่อขอทุนมูลนิธิธรรมาธิปไตยผ่านภาควิชากุมารเวชศาสตร์ เพื่อช่วยเหลือค่ารถ พาผู้ป่วยกลับบ้าน” และตัวอย่างบันทึกที่ 10 “เตรียมเอกสารให้บิดา-มารดา 1) หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข 2) จดหมายขอความอนุเคราะห์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ใบรับรองแพทย์”

7. การดูแลเด็กป่วยและครอบครัวเมื่อสิ้นสุดการดูแลแบบประคับประคอง ดังตัวอย่างบันทึกที่ 11 “ระยะสุดท้าย มารดาอยากอุ้มลูก แต่มีอุปกรณ์มากมาย สายหลายสาย ผู้ป่วยหายใจช้าลงเป็นช่วงๆ ปรับเตียงให้มารดาสามารถนั่งเก้าอี้สอดมือกอดลูกได้” หรือตัวอย่างบันทึกที่ 12 “นิมนต์พระมาให้ช่างเตียงให้ผู้ป่วยได้ใส่บาตรก่อนกลับบ้าน ประสานงานเรื่องของขวัญวันเด็ก เพื่อให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ประสานรถ ambulance จากโรงพยาบาลก.(ชื่อสมมติ) จะมารับผู้ป่วยศุกร์ 12 ม.ค.61-ประสานงานกับทีม palliative care ที่ โรงพยาบาลใกล้เคียงบ้าน” และตัวอย่างบันทึกที่ 13 “เตรียมเอกสารให้บิดา-มารดา 1) หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข 2) จดหมายขอความอนุเคราะห์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ใบรับรองแพทย์”

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสาร มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยที่มีการบันทึก palliative nurse's note ของ PPCN จำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งตามทฤษฎีของเพียเจต์ (Piaget, 1997; Symons-Bradbury, 2004) ที่กล่าวว่าเด็กในแต่ละช่วงวัยจะมีพัฒนาการและการรับรู้เรื่องความตายที่แตกต่างกัน สำหรับงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทารกและวัยเตาะแตะซึ่งมีช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิด - 3 ปี จะกลัวการถูกทอดทิ้ง การตายเป็นเหมือนการแยกจากครอบครัว กลัวการอยู่คนเดียว การบอกกับเด็กว่าคนตายแล้วไปสวรรค์ เด็กจะเข้าใจว่าคนตายคือการหายไปจากที่หนึ่งเพื่อไปอยู่อีกที่หนึ่ง เด็กจะเรียนรู้ด้วยการ



เผ่าสังเกตการแสดงออกของครอบครัวคนรอบข้างต่ออาการเจ็บป่วยของตน เช่น ถ้าเห็นว่ามีอาการกังวล ซึมเศร้า เสียใจ โกรธ จะเป็นสิ่งที่ทำให้เขารู้สึกแย่เพราะยังไม่เข้าใจเรื่องความตายอย่างแท้จริง จากการที่ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดและโรคพันธุกรรมที่รักษาไม่หาย แนวทางการดูแลจึงเน้นเรื่องการลดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการตอบสนองด้วยการสัมผัสโอบกอด เสียงที่อ่อนโยน หรือจัดหาของรักของใช้ส่วนตัวที่ชอบ เช่น ตุ๊กตา ผ้าห่ม มาให้เล่น เมื่อผู้ป่วยเด็กต้องถูกปรับให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเป็นเดือน แพทย์เจ้าของไข้จึงส่งปรึกษา PPCN ให้ร่วมในการดูแลภายหลังได้รับการส่งปรึกษา PPCN จะไปดูแลเด็กป่วยที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมงทันทีหรือไม่เกิน 2 วัน มีการดูแลต่อเนื่องถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและ/หรือเสียชีวิตและติดตามภาวะความโศกเศร้าหลังการสูญเสีย (bereavement) ของครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต แม้ว่าสถานะของผู้ป่วยเด็ก ณ วันสุดท้ายของการนำข้อมูลใน palliative nurse's note ที่นำมาใช้ศึกษาในการวิจัยนี้ส่วนใหญ่ยังมีชีวิตในขณะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็ตาม

PPCN ที่บันทึก palliative nurse's note มีเพียงคนเดียว เป็นเพศหญิงที่มีประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพดูแลเด็กป่วยมากกว่า 25 ปี การบันทึกเป็นเชิงพรรณนา ไม่ได้มีรูปแบบมาตรฐาน เขียนตามข้อมูลและสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้เข้าเยี่ยมพูดคุยกับเด็กป่วยบิดามารดาผู้ปกครองหรือญาติทั้งที่เป็นการส่วนตัวหรือร่วมกับทีมสหสาขาในการทำ Family

Meeting เนื้อหาจะสื่อว่าใครเป็นผู้ดูแลหลัก เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานะของผู้ป่วย การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค เป้าหมายการรักษา ความต้องการระยะสุดท้าย ความวิตกกังวลของเด็กป่วยและครอบครัว ความเข้าใจและเป้าหมายร่วมกันของการดูแลรักษาผู้ป่วย ปัญหาและสิ่งที่เด็กป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ บางบันทึกมีประโยคคำพูดของเด็กป่วยและครอบครัวซึ่งมีผลต่อการพิจารณาการดูแลของตนเองและร่วมกันกับทีมสหสาขา ความถี่ในการบันทึกในแต่ละรายจะขึ้นกับประเด็นปัญหาหรือความบ่อยครั้งที่เข้าเยี่ยมพูดคุยและ/หรือการปรับเปลี่ยนการดูแลของเด็กป่วยและครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ครั้ง

ในการศึกษาและวิเคราะห์บันทึก palliative nurse's note ครั้งนี้ พบว่าบทบาทของ PPCN ประกอบด้วย

1. การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและพูดคุยเกี่ยวกับความตายตามระดับการรับรู้และความคิดของแต่ละช่วงวัยของเด็กป่วยแก่ครอบครัว เนื่องจากเด็กป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีพยาธิสภาพการดำเนินโรคในระบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย (สภากาชาดไทยและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี, 2557) จึงกำหนดให้มีการพยาบาลและการให้คำแนะนำในการทำกิจกรรมที่เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ (Symons-Bradbury, 2004) ซึ่งนอกจากช่วยเด็กป่วยแล้วยังช่วยให้ครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตสังคมและลดความกังวล ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมั่นคงที่มีผลถึง

การปรับตัวของครอบครัวและเด็กไปตามความรุนแรงของโรคที่เปลี่ยนไปด้วย

2. การประเมินปัญหา ช่วยเหลือ และเสริมสร้างสุขภาวะด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแก่ครอบครัวและเด็กป่วย PPCN สามารถเปิดโอกาสและให้เวลารับฟังปัญหา ทำความเข้าใจ ยอมรับการแสดงออกทางคำพูดและพฤติกรรมต่างๆ เพื่อประเมินความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) PPCN ต้องมีความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของเด็กป่วยและครอบครัว กล้าเผชิญความรู้สึกกังวลใจของเด็กป่วยและครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอาการและแนวทางการดูแลรักษารวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพของเด็กป่วยทั้งที่อยู่ในระยะปฏิเสธต่อรองและการยอมรับ สอดคล้องกับปาริชาติ เพ็ญสุพรรณและสุธีรา พิมพ์ส (2558) กล่าวว่า PPCN ต้องมีความรู้ที่หลากหลาย มีแนวทางในการพยาบาลที่สามารถบูรณาการใช้ได้เหมาะสม วิเคราะห์ปัญหา ประเมินสถานการณ์ได้ตามจริงอย่างถูกจังหวะ และให้ความสำคัญกับประสบการณ์ความรู้สึกของเด็กป่วยและครอบครัว ทั้งนี้ PPCN ต้องมีการยอมรับในการแสดงความรู้สึกด้านบวกและด้านลบตามที่เป็นจริง มีการแสดงออกถึงความเข้าใจความเห็นอกเห็นใจอย่างไม่มีเงื่อนไขต่อความรู้สึกในการสูญเสีย เมื่อเด็กป่วยอยู่ระยะที่ใกล้เสียชีวิตแม้ไม่ได้เห็นด้วย แต่ยังคงไว้ถึงการเอื้อให้เกิดการดูแลตามข้อตกลงตามเป้าหมายในการดูแล การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจด้วยการประเมินเด็กป่วยทั้งด้านร่างกายจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยการพูดคุยและสังเกตพฤติกรรมของเด็ก

ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะข้อมูลด้านจิตสังคม ความเชื่อ และความผูกพันทางใจของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ครอบครัวสร้างความสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกับเด็กป่วยในขณะที่สมาชิกของครอบครัวยังสามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างปกติ จัดกิจกรรมหรือสนับสนุนให้เด็กป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เพื่อได้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวภายใต้บริบทของความปลอดภัย

นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลตัวเอง การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลเด็กป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะครอบครัวจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะเหนื่อยล้า (Caregiver burden) การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ดื่มน้ำมากๆ การเปลี่ยนอิริยาบถ การใช้เวลาอยู่กับญาติ ใกล้ชิดลูกคนอื่นๆ การแสดงออกถึงความรู้สึกเสียใจ การร้องไห้ สามารถแสดงออกได้ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ จึงมีความสำคัญเพื่อให้สามารถกลับมาดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป (ดาริน จตุรภัทรพร, ม.ม.ป.)

3. การวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับเด็กป่วยและครอบครัวเมื่อถึงระยะสุดท้าย การวางแผนดูแลรักษาล่วงหน้าก่อนถึงระยะสุดท้าย (Advance care plan) ทีมมีการทำความเข้าใจร่วมกันอย่างเคารพความคิดและการตัดสินใจของเด็กป่วยและครอบครัว บนพื้นฐานของหลักจริยธรรม คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดและคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยเป็นหลักตามช่วงเวลาที่เหมาะสม คือ 1) แผนช่วยลดความทุกข์ทรมานให้ใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างสุขสบายและ



มีความหมาย หลีกเลียงการรักษาที่เป็นการยืดชีวิต หรือช่วยให้จากไปอย่างสงบ 2) การงดเว้นหรือหยุดแผนการรักษาที่ 'ไม่' เกิดประโยชน์ (withholding and withdrawing) เช่น เจาะคอ ใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจ 3) การเลือกสถานที่ดูแลเด็กป่วยในช่วงระยะสุดท้าย เช่น บ้านหรือโรงพยาบาล 4) ความปรารถนา (wish) ก่อนลาจาก 5) ความต้องการของครอบครัวในการจัดการกับร่างของเด็กป่วยตามความเชื่อของหลักศาสนา ประเพณี ดังที่พระไพศาล วิสาโล (2557) กล่าวว่า การรู้ว่าวาระสุดท้ายใกล้จะมาถึงย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจในขณะที่ยังเอื้ออำนวยอยู่

4. การจัดการความปวดและการดูแลให้เกิดความสุขสบาย ลดความกลัวจากการอยู่โรงพยาบาลหรือการทำหัตถการ การประเมินความปวด ความไม่สุขสบาย และการช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำเรื่องการใช้หรือไม่ใช้ยา เพื่อช่วยให้เด็กป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย และลดอาการปวด หรือการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการรักษาทางพฤติกรรมอย่างหนึ่งเพื่อเผชิญกับความเจ็บปวด ถ้าเด็กป่วยสนใจกับการเบี่ยงเบนมากเท่าไร ความเจ็บปวดจะลดลง การเบี่ยงเบนความสนใจควรพิจารณาให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการและวุฒิภาวะของเด็กป่วย โดยเทคนิคที่นำมาใช้เพื่อการเบี่ยงเบน อาจเป็นการเล่นเกมส์ การออกกำลังกาย การนวด การกดเบาๆ การพูดคุย การเล่านิทานให้ฟัง การชมภาพยนตร์ การพาทำกิจกรรม ดูคลิปวิดีโอ การอ่านหนังสือ การทำงานศิลปะ วาดรูปหรือปั้นแป้งโดว์ การอุ้มปลอบ และควรเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมไม่เร็วหรือล่าช้าเกินไป เช่น การทำหัตถการ

ไม่ล่าช้าเกินจนผู้ป่วยเด็กสนองตอบด้วยความโกรธและควรทำอย่างต่อเนื่องหลังจากหัตถการเสร็จ ซึ่งเด็กได้รับรู้ความกลัวจากประสบการณ์เดิมและประสบความสำเร็จในการจัดการกับสิ่งที่ทำให้เด็กกลัว เด็กจะกลัวลดลง และสามารถเผชิญสถานการณ์เดิมซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความกลัวจะเกิดขึ้นมากที่สุดในเด็กช่วงก่อนวัยเรียน ในช่วงอายุน้อยกว่า 2 ปี ความกลัวยังไม่เกิดกับเด็กมากเนื่องจากบิดามารดาให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนเด็กหลังอายุ 6 ปี ความกลัวจะลดลงเพราะเด็กมีความคิดเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น นอกจากนี้เด็กก่อนวัยเรียนจะมีอารมณ์ความกลัวเกิดขึ้นได้ง่าย เพราะมีจินตนาการสูง (จิตสิริ รุ่งใหม่, ดวงมกล มงคลศิลป์, ภัฏญาวีร์ เกิดมงคล, และสุพรรณ ตันประภา, 2561)

5. การช่วยน้อมนำสิ่งดีงามและช่วยให้เด็กป่วยและครอบครัวมีจิตอันสงบ PPCN มีการเข้าเยี่ยมพูดคุยซักถาม รับฟังสิ่งที่เด็กป่วยและครอบครัวมีความต้องการ ความปรารถนาหรือสิ่งที่ค้างคาใจ มีการเรียนรู้ร่วมประสบการณ์ไปในแต่ละครอบครัว ช่วยประสานและดำเนินการให้เกิดกิจกรรมตามความต้องการภายใต้บริบทของความปลอดภัยและการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้แล้ว การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณเพื่อช่วยให้เด็กป่วยและครอบครัวยอมรับการสูญเสีย สภาวะใกล้ตายและความตายที่จะมาถึงได้ ด้วยการทำจิตใจให้มั่นคง ทำพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ การช่วยเหลือ สนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมที่ครอบครัวศรัทธาหรือยึดเหนี่ยว ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ดีงาม เผชิญกับภาวะการสูญเสียหรือการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก และการสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ เพื่อให้เกิด

สภาวะจิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีหลายวิธี ดังที่ พระไพศาล วิสาโล (2557) ได้เสนอแนะไว้ได้แก่ การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การสวดมนต์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การฟังธรรม การทำสมาธิ ในยามที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน การเยียวยาจิตใจไม่ให้ทุกข์ ยังเป็นการเสริมสร้างจิตใจให้เข้มแข็ง เพิ่มพลังทางบวกให้สามารถเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ได้

การเสริมสร้างความคิดและกำลังใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับด้านแผนการรักษาว่าจะดำเนินต่อหรือยุติการรักษา เพื่อช่วยเหลือไม่ให้ทุกข์ทรมานและการทำตามความต้องการของเด็กป่วย ทีมควรรับฟังถึงสิ่งที่เด็กป่วยและครอบครัวได้พูดระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการตัดสินใจ เพื่อช่วยลดความรู้สึกผิด (Guilty feeling) อย่างเข้าใจ เป็นการป้องกันภาวะความรู้สึกผิดระยะยาว (Unresolved guilt) ยอมรับพฤติกรรมการแสดงออก รับฟังและสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการใช้สายตา การสัมผัส และให้กำลังใจถึงการทำหน้าที่ที่ดีที่สุดอย่างเต็มที่ในช่วงเวลาที่ผ่านมา (ทิพย์สุตา สำเนียงเสนาะ, 2556)

6. การประสานงาน บุคลากรที่ร่วมดูแลเด็กป่วย แบบประคับประคองที่ปรากฏในบันทึก ประกอบด้วย PPCN แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ประจำหน่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหน่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน แพทย์หรือทีมจากสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ทีมรังสีรักษา ทีมศัลยกรรมระบบหัวใจและหลอดเลือด ทีมศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้งนี้จะมีจำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับโรค ภาวะของโรคที่มีผลกระทบ

กับร่างกายและจิตใจรวมทั้งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว

การประสานงานทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ โดยเน้นการทำงานเป็นทีมร่วมวางแผนการดูแล ค้นหาอุปสรรคและหาแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนที่จำเป็นและเหมาะสมรวมทั้งการติดต่อประสานงาน ใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่และเพื่อประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งด้านการบริหารจัดการและการปกป้องสิทธิผู้ป่วย (จนฉะจง เพ็งจาด, 2557) เป็นตัวกลางสื่อสารให้ทีมแพทย์ ทีมพยาบาลทราบภายหลังได้รับฟังปัญหาและความไม่พึงพอใจ ความไม่สบายใจของครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลเด็กป่วย พร้อมช่วยอธิบายและทำความเข้าใจถึงเหตุผลการทำกิจกรรมต่างๆ กับเด็กป่วย และครอบครัว เช่น การย้ายเตียงมาด้านหน้าเพื่อให้การดูแลใกล้ชิดและความปลอดภัยของผู้ป่วย การไม่ต้องการให้ทีมแพทย์หลายๆ ทีมมาคุ้ยชั่งประวัติ เพราะเป็นการเพิ่มความเครียด การช่วยประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย เช่น นักสังคมสงเคราะห์ให้ช่วยพิจารณาหาทางช่วยเหลือด้านการเงิน นิติกรเพื่อขอข้อมูลการอ้างสิทธิในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เจ้าหน้าที่ห้องศพเพื่อขอข้อมูลในการจัดการศพแบบไม่มีค่าใช้จ่าย การประสานงานการดูแลประคับประคองอย่างต่อเนื่องเมื่อส่งกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด

7. การดูแลเด็กป่วยและครอบครัวเมื่อสิ้นสุดการดูแลแบบประคับประคอง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสภาวะของเด็กป่วย ณ วันสุดท้ายของการนำข้อมูลใน



บันทึกมาใช้ ส่วนใหญ่ยังมีชีวิต ซึ่งครอบครัวเลือกที่จะพาเด็กป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับบ้านหรือไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หากมีกรณีฉุกเฉินหรือถ้าเด็กป่วยมีอาการทรุดลง ทุกคนยอมรับที่จะให้เสียชีวิตอย่างสงบ ณ สถานที่ที่เด็กป่วยหรือครอบครัวเลือก สำหรับเด็กป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ทุกครอบครัวยอมรับว่าเป็นการเสียชีวิตอย่างสงบ

บทบาทของ PPCN ในการดูแลเด็กป่วยเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต เกิดการจัดการ 3 กรณี ดังนี้

7.1 ครอบครัวยอมรับการดำเนินอาการของโรคมานานใกล้ถึงวาระสุดท้าย จะช่วยเหลือให้ครอบครัวได้ร่วมดูแลเพื่อไม่ให้เด็กป่วยทุกข์ทรมานได้ทำกิจกรรมสุดท้ายตามที่ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภาคุณทรงเกียรติ (2560) ที่พบว่าการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเป็นการตายที่ไม่ทุกข์ทรมาน ยอมรับต่อการตาย การไม่เป็นภาระของครอบครัว และได้อยู่กับครอบครัวทั้งในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และก่อนตาย

7.2 เด็กป่วยที่ได้กลับบ้านหรือถูกส่งต่อไปรักษาดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน มีการประสานงานและส่งต่อข้อมูล การเตรียมเอกสารที่จำเป็นเพื่อเป็นการสื่อสารให้กับสถานพยาบาลนั้น ๆ ได้ทราบเรื่องการดำเนินของโรค ภาวะการเจ็บป่วย และแนวทางในการรักษาพยาบาล รวมทั้งใบรับรองแพทย์ที่ระบุความเจ็บป่วยถึงเสียชีวิตได้ ให้กับครอบครัวของเด็กป่วยไว้ล่วงหน้า เพื่อประกอบการดำเนินกิจกรรมทางกฎหมายจะช่วยลดความวุ่นวายเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน โดยญาติสามารถนำไปรับรองแพทย์ไปแจ้งการตายและขอรับใบมรณบัตรที่สถานีดำรง (ดาริน จตุรภัทรพร, ม.ม.ป.)

7.3 เด็กป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต จะมีการช่วยเหลือให้ได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน หรือสถานพยาบาลใกล้บ้านหรือบางรายเลือกที่จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจะช่วยสร้างบรรยากาศความสงบให้ครอบครัวได้ดูแลเด็กป่วยจนเสียชีวิต ดังการศึกษาของรจนา ทองคำและคณะ (2558) ที่ศึกษาการตายอย่างสงบตามมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิม โดยการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการตายอย่างสงบจะมี 6 ประการ คือ ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง ไม่มีการยืดชีวิต มีการเตรียมการตายของตัวเอง

สรุปผลการวิจัยและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

จากกรอบแนวคิดของวัดสันและพระไพศาล วิสาโล PPCN ของโรงพยาบาลรามารักษ์ดีเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่มีบทบาทใกล้ชิดกับเด็กป่วยและครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ ความเข้าใจ และการยอมรับของเด็กป่วยและครอบครัว ต่อแนวทางการดูแลของทีม ตลอดถึงการประสานงาน การบริหารจัดการกระบวนการดูแลให้เด็กป่วยและครอบครัวยอมรับกับภาวะเจ็บป่วย การดำเนินของโรค รวมถึงได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม ศาสนาและวัฒนธรรม เพื่อให้เด็กป่วยระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบและส่งผลให้ความรู้สึกละวางของครอบครัวลดลง



ข้อเสนอแนะ

การดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองเป็นงานที่ต้องอาศัยการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ เป็นภาระหน้าที่ที่ผู้ปฏิบัติงานต้องใช้ทั้งองค์ความรู้ ความเข้าใจ ความอดทน และความร่วมมือ รวมทั้งกำลังใจจากทุกคนในทีมสุขภาพ การพัฒนาองค์ความรู้และการปฏิบัติของทีมบุคลากรของสหสาขาวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อความสำเร็จของกระบวนการดูแลเด็กป่วยแบบประคับประคองและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- จอณพะจง เพ็ญจาด. (2553). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 3(1-3), 1-17.
- จอณพะจง เพ็ญจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(1), 100-109.
- จิตสิริ รุ่งใหม่, ดวงกมล มงคลศิลป์, กัญญาวิรัช เกิดมงคล, และสุพรรณ ตันประภา. (2561). ผลของการใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับการจัดสภาพแวดล้อมต่อความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(2), 55-68.
- จินตนา อางสันเทียะ, และรัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). บทบาทพยาบาล: กรณีศึกษาการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (1), 1-8.
- ดาร์วิน จตุรภัทรพร. (ม.ป.ป.). *Common Symptoms in Palliative Care. Patient Care During Last Hours*. Retrieved from <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/symptoms/doctorpalliative16th>

- ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 658-667.
- นิตยา ปรีชายุทธ. (2560). *โครงการ Pediatric Palliative Care เพื่อการดูแลที่ยั่งยืน* งานมหกรรมคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์, ชนันทน์ โพธิ์ขวาง, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสภ์, และพนิดา อาวุธ. (2560). การพยาบาลเด็กป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง : มุมมองในประเด็นสำคัญ. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 18 (3), 27-38.
- ปราณี อ่อนศรี. (2557). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 39-43.
- ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, และสุธีรา พิมพ์รส. (2558). การจัดการกับอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ในประคอง อินทรสมบัติ และสายพิน เกษมกิจวัฒนา (บรรณาธิการ.), *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. 159-163.) สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- พระไพศาล วิสาโล. (2557). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุภา จำกัด.
- รจนา ทองคำ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต. (2558). การตายอย่างสงบตามมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 21-34.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(6), 1-12.
- สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. (2557). *แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: จุฑาทอง.



- Akard, T. F., Hendricks-Ferguson, V. L., & Gilmer, M. J. (2019). Pediatric palliative care nursing. *Ann Palliat Med*, 8(Suppl1), S39-48.
- Lichtenberg, F. R. (2017). The impact of biomedical innovation on longevity and health. *Nordic Journal of Health Economics*, 5, 45-57.
- Piaget, J. (1997). *The Moral Judgment of the Child*. Illinois: Free Press.
- Schulman-Green, D., & Shelli Feder. (2018). Integrating Family Caregivers Into Palliative Oncology Care Using The Self- And Family Management Approach. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), 252-263.
- Symons-Bradbury, J. (2004). *Children's Perceptions of Death: A Piagetian Perspective*. (Master of Arts in Community Counselling Psychology). Witwatersrand Johannesburg, Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/39664068.pdf>
- Watson J (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Watson, J. (2008). *Nursing : the philosophy and science of caring*. The University Press of Colorado: Colorado.
- World Health Organization. (2015). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved from <https://www.who.int/cancer/alliative/en/>



พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร Sexual behavior in men who have sex with men in Bangkok.

Received: March 24, 2021

Revised: April 24, 2021

Accepts: April 30, 2021

สินีนารถ ชาวตระการ (วท.ด.)¹, วราภรณ์ คำรงค์ (วท.ด.)²

Sineenart Chautrakarn (Ph.D), Waraporn Khumros (Ph.D)

ศุภลักษณ์ พลพิทักษ์ (ศศ.ม.)³ ภาณุพงศ์ ภูตระกูล (วท.ม.)⁴

Supalak Phonphithak (M.A.), Phanupong Phutrakool (M.S.)

บทคัดย่อ

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันพบว่าแนวโน้มการแพร่ระบาดในประชากรกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายรักหญิง หญิงรักชาย หรือหญิงรักหญิง ค่อนข้างคงที่ แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีสถิติการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้น การวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional survey) นี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 431 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเองเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม - 15 มิถุนายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คู่ครองส่วนใหญ่เป็นคู่ครองประจำ มักจะไม่ใช้การตีแบบแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ และใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่คู่ครองเป็นชายเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีคู่ครองจำนวนค่อนข้างมาก รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ทางทวารหนัก (receptive)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรสนับสนุนการรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงนี้เป็นพิเศษ เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในประเทศไทยและสามารถยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทยได้ในอนาคตด้วย

คำสำคัญ: เพศสัมพันธ์, รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

¹อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, Thailand

²อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

Lecturer, Faculty of Nursing, Siam University, Thailand

Corresponding author: wara_aui@hotmail.com

³หัวหน้าพยาบาลศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวินิจฉัยด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, Thailand

⁴ผู้จัดการศูนย์การจัดการข้อมูล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, Thailand



Abstract

The current situation of HIV infection found that the epidemic was in the population of Transvestite or Lesbian are relatively constant but HIV infection is still prevalent in men who have sex with men (MSM). This cross-sectional research aims to examine sexual behavior in men who have sex with men in Bangkok. Data were collected from 431 MSM by a self-administered questionnaire. Participants were recruited during 15th May- 15th June 2015. Data were analyzed by using descriptive statistics.

Result showed that the average age of the sample were in the late adolescence. Most have a bachelor's degree. Most sexual partners are regular partners. They usually don't drink alcohol or use drugs before having sex and used a condom during sex. Most of the sexual partners are only male and sample group had a relatively large number of sexual partners. Most anal (receptive) sex patterns.

In conclusion, it is suggested that HIV prevention campaigns should be encouraged to focus on this particular risk group. To reduce the number of new infected people in Thailand and to end the AIDS problem in the country in the future.

Keywords: Sexual behavior, Sexual behavior patterns, men who have sex with men

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันพบว่า แนวโน้มการแพร่ระบาดในประชากรกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายรักหญิง หญิงรักชาย หรือหญิงรักหญิง ค่อนข้างคงที่ แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีสถิติการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้น (Johnson WD, O'Leary A & Flores SA, 2018) โดยในสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 ในระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553 (Hess et al., 2017) และพบว่ามีการตรวจเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 67 ในปี 2551 ซึ่งมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 5 ของผู้ที่มา

ตรวจเลือด (HIV-testing) ส่วนในประเทศไทยก็พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ.2556 พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 12.86 และในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.53 และในปี พ.ศ. 2555 - 2559 พบผู้ติดเชื้อจากกลุ่มนี้สูงถึง 43,040 คน หรือร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด (กระทรวงมหาดไทย, 2557)

สาเหตุหลักที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและคู่นอน ซึ่งการศึกษาในเม็กซิโกพบว่าร้อยละ 36 ไม่ได้มี

การตรวจเชื้อเอชไอวีในปีที่ผ่านมา (Pitpitan et al., 2015) และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 51 (Johnson WD, O'Leary A & Flores SA, 2018) ซึ่งพบว่าในคู่นอนประจำมักจะไม่ได้มีการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (He et al., 2018) การศึกษาในเวียดนามพบการติดเชื้อรายใหม่ร้อยละ 9.4 ซึ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเป็นกลุ่มติดเชื้อมากที่สุดถึงร้อยละ 30.6 ซึ่งอัตราการติดเชื้อนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนคู่นอนที่มากกว่า 10 คน ความสัมพันธ์ทางเพศ การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ และไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน (Koh, K. C., & Yong, L. S., 2014) (Liu et al., 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาในจีนพบว่าในผู้ที่มีคู่นอนมากกว่า 10 คนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่า (Cheng M et al., 2014) ผู้ที่มีความเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะเข้ารับการตรวจรักษาและเปิดเผยตัวตน นอกจากนี้ยังพบว่าในคนที่มีความเสี่ยงในระดับต่ำไม่สามารถที่จะเข้ารับการบริการในการตรวจเลือดและข้อมูลต่างๆด้วย (Park et al., 2014)

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังมีการเข้ารับการบริการทางการแพทย์จำนวนน้อย เพราะกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องการบริการที่เป็นส่วนตัว รวมทั้งเข้าใจและยอมรับในตัวตนของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น หูด เริม หนองในแท้-เทียม และซิฟิลิส และส่วนมากเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-25 ปี ในปัจจุบันสังคมไทยยังมีการตีตราในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนั้น

คนกลุ่มนี้จึงมีพฤติกรรมการปกปิดตัวเองเพื่อให้ได้การยอมรับจากสังคม แต่ในขณะเดียวกันพวกเขาก็แสวงหาพื้นที่เพื่อใช้ในการเปิดเผยตัวตน เป็นอิสระในการแสดงออกทางเพศ จึงมีการสร้างกลุ่มต่างๆขึ้นมาเพื่อที่จะรวมกลุ่มที่มีรสนิยมทางเพศเหมือนกันและไปในสถานที่ที่พวกเขาสามารถเปิดเผยตัวตนได้ เช่น สถานบันเทิง ผับ บาร์ ชวนา หรือฟิตเนส ซึ่งสถานที่เหล่านี้เป็นแหล่งที่พบปะสังสรรค์และการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัดในการศึกษารังนี้จึงมีความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษากิจกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไปในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และรูปแบบการเปลี่ยนคู่นอนในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. เพื่อประโยชน์ในการรณรงค์ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไปในอนาคต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 6 ข้อประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ และประเภทคู่นอน ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์



จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 รูปแบบการเปลี่ยนคู่นอนจำนวน 6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนทั้ง 3 ส่วนจะคำนวณเป็นร้อยละ และแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญในการทำงานกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนความตระหนักเกี่ยวกับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีได้ค่า cronbach's alpha เท่ากับ 0.68

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional survey) ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Convenience Sampling โดยทำการสำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม - 15 มิถุนายน 2558 ตามสถานที่ท่องเที่ยวเฉพาะของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามามีการศึกษา คือ อายุมากกว่า 18 ปีและเข้าใจภาษาไทย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษาคือผู้ที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมาก่อน

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย IRB no. 079/58 ในการประชุมครั้งที่ 11/2558 วันที่ 2 เมษายน 2558 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและมีโอกาสในการซักถาม ก่อนที่จะให้ข้อมูลใน

การวิจัย โดยโครงการวิจัยนี้ได้รับการยกเว้นการลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.1 คณะผู้วิจัยประสานงานและทำจดหมายถึงผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้

2.2 คณะผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บแบบสอบถามด้วยตนเองโดยมีเอกสารคำชี้แจงรายละเอียดโครงการและเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมตอบแบบสอบถามของโครงการให้กลุ่มตัวอย่างก่อนทำการตอบแบบสอบถามทุกครั้ง

2.3 คณะผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลต่อไป

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแสดงข้อมูลส่วนบุคคล การศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และรูปแบบการเปลี่ยนคู่นอน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ IBM SPSS Statistics 22

ผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ทำการแจกแบบสอบถามทั้งหมด 500 ชุด ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 439 ชุด คิดเป็นร้อยละ 87.8 และมีแบบสอบถามที่ข้อมูลครบถ้วนทั้งหมด 431 ชุด ได้ผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 24.92 ± 4.81 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับ



ปริญญาตรีร้อยละ 56.38 รองลงมาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 24.13 และน้อยที่สุดระดับปริญญาเอกร้อยละ 0.46 ภูมิสำเนาส่วนใหญ่อาศัยอยู่กรุงเทพมหานครและ ปริมณฑลร้อยละ 79.58 อาชีพหลักส่วนใหญ่เป็น พนักงานบริษัทเอกชนร้อยละ 44.79 รองลงมาเป็น นักเรียนหรือนักศึกษาร้อยละ 28.07 และน้อยที่สุดเป็น

อาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 3.94 รายได้ ต่อเดือนส่วนใหญ่ 10,000 - 30,000 บาท ร้อยละ 42.23 รองลงมา 30,001 - 50,000 บาท ร้อยละ 35.27 และ น้อยที่สุดรายได้ต่อเดือน 50,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 3.71 ประเภทคุ่นอนส่วนใหญ่เป็นคุ่นอนประจำร้อยละ 64.50 รองลงมาเป็นคุ่นอนชั่วคราวร้อยละ 35.27 และน้อยที่สุด เป็นผู้ให้บริการทางเพศร้อยละ 0.23 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกข้อมูลส่วนบุคคล (n = 431)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) (n = 431)
อายุ (ปี)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	24.92 $\pm$ 4.81
ต่ำสุด – สูงสุด	18.00 – 50.00
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	104 (24.13)
ปริญญาตรี	243 (56.38)
ปริญญาโท	82 (19.03)
ปริญญาเอก	2 (0.46)
ภูมิสำเนา	
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	343 (79.58)
ต่างจังหวัด	88 (20.42)
อาชีพหลัก	
รับจ้างทั่วไป	46 (10.67)
กิจการส่วนตัว	54 (12.53)
นักเรียน/นักศึกษา	121 (28.07)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	17 (3.94)
พนักงานบริษัทเอกชน	193 (44.79)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกข้อมูลส่วนบุคคล (n = 431) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) (n = 431)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า 10,000 บาท	81 (18.79)
10,000 - 30,000 บาท	182 (42.23)
30,001 - 50,000 บาท	152 (35.27)
50,001 บาทขึ้นไป	16 (3.71)
ประเภทคู่นอน	
คู่นอนประจำ	278 (64.50)
คู่นอนชั่วคราว	152 (35.27)
ผู้ให้บริการทางเพศ	1 (0.23)

2. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าอายุในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ย 15.40 ± 3.32 ปี ส่วนใหญ่ไม่ใช้การตีมีแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 95.36 ใช้การตีมีแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 4.64 ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยภายใน 1 ปี และส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยในการมี

เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการเกี่ยวกับอวัยวะเพศและทวารหนักร้อยละ 97.91 เคยมีอาการเกี่ยวกับอวัยวะเพศและทวารหนักร้อยละ 2.09 ส่วนใหญ่เพศของคู่นอนเป็นชายเท่านั้นร้อยละ 77.96 และเพศของคู่นอนเป็นชายและหญิงร้อยละ 22.04 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ (n = 431)

ข้อมูลพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน (ร้อยละ) (n = 431)
อายุในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	15.40 ± 3.32
ต่ำสุด - สูงสุด	6.00 - 27.00
การตีมีแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์	
ใช่	20 (4.64)
ไม่ใช่	411 (95.36)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ (n = 431) (ต่อ)

ข้อมูลพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน (ร้อยละ) (n = 431)
การใช้ถุงยางอนามัยภายใน 1 ปี	
ใช่	431 (100.00)
ไม่ใช่	0 (0.00)
การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	
ใช่	431 (100.00)
ไม่ใช่	0 (0.00)
อาการเกี่ยวกับวัยวะเพศและทวารหนัก	
เคยมีอาการ	9 (2.09)
ไม่เคยมีอาการ	422 (97.91)
เพศของคู่นอน	
ชายเท่านั้น	336 (77.96)
ชายและหญิง	95 (22.04)

3. รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนคู่นอนทั้งหมดเฉลี่ย 15.40 ± 3.32 คน จำนวนคู่นอนภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 2.19 ± 1.95 คน ส่วนใหญ่เปิดเผยรสนิยมทางเพศกับเพื่อนหรือที่ทำงาน ร้อยละ 64.27 รองลงมาเปิดเผยรสนิยมทางเพศกับครอบครัวร้อยละ 28.77 น้อยที่สุดไม่เปิดเผยรสนิยมทางเพศร้อยละ 6.96 ความสำคัญของเพศสัมพันธ์กับชีวิตส่วนใหญ่ให้ความสำคัญร้อยละ 94.20 รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ทางทวารหนัก (receptive) ร้อยละ 67.06 รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์รองลงมาคือเพศสัมพันธ์ทางปาก (oral sex) ร้อยละ 18.79 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจของรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 78.42 และไม่มีความพึงพอใจของรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 21.58 ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างคือ 15.40 ± 3.32 ปี ซึ่งอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าในการศึกษาที่ประเทศจีนที่พบว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 21.70 ปี (Geng GZ, Gao G, Ruan YH, Yu MR & Zhou YH, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ย 15.40 ± 3.32 ปี ซึ่งพบว่ามีอายุเฉลี่ยน้อยกว่าการสำรวจงานวิจัยในเนเธอร์แลนด์ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 18 ปีขึ้นไป (Hoornenborg et al., 2019)



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ (n = 431)

รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน (ร้อยละ) (n = 431)
จำนวนคู่นอนทั้งหมด (คน)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	15.07 $\pm$ 10.83
ต่ำสุด – สูงสุด	1.00 – 50.00
จำนวนคู่นอนภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา (คน)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.19 $\pm$ 1.95
ต่ำสุด – สูงสุด	0.00 – 18.00
การเปิดเผยรสนิยมทางเพศ	
ครบครัน	124 (28.77)
เพื่อนหรือที่ทำงาน	277 (64.27)
ไม่เปิดเผย	30 (6.96)
ความสำคัญของเพศสัมพันธ์กับชีวิต	
สำคัญ	406 (94.20)
ไม่สำคัญ	25 (5.80)
รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์	
ใช้อวัยวะเพศชาย (insertive)	61 (14.15)
ทางทวารหนัก (receptive)	289 (67.06)
เพศสัมพันธ์ทางปาก (oral sex)	81 (18.79)
ความพึงพอใจของรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์	
พึงพอใจ	338 (78.42)
ไม่พึงพอใจ	93 (21.58)

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าอายุการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในช่วงอายุที่เป็นเยาวชน ข้อมูลนี้ช่วยสนับสนุนว่าควรมีการณรงค์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนให้มากขึ้น ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีการตี้อัลกอฮอลล์หรือใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ และส่วนมากใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งให้ข้อมูลว่า

มีการตี้อัลกอฮอลล์และใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ โดยการตี้อัลกอฮอลล์และการใช้สารเสพติดนี้ อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้

เมื่อสอบถามถึงอาการเกี่ยวกับอวัยวะเพศและทวารหนักที่อาจแสดงถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ซึ่งตรงข้ามกับผลการศึกษาในประเทศอุกานด้าที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ด้วย (Kim EJ et al., 2016)

สำหรับรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคู่นอนจำนวนค่อนข้างมาก ซึ่งในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะมีคู่นอนจำนวนมาก และเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ทำให้กลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีที่ค่อนข้างสูง ข้อมูลที่ได้นี้สามารถเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนการรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจึงควรมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงนี้เป็นพิเศษ ให้มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และสำหรับในผู้ที่มีจำนวนคู่นอนมาก ๆ ที่ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การให้ความรู้และแนะนำให้คนในกลุ่มนี้เข้าถึงวิธีการป้องกันตนเอง เช่นการเข้าถึงป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ก็มีความสำคัญเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในประเทศไทยและสามารถยุติปัญหาเอดส์ในประเทศได้ในอนาคตด้วย

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้อาจไม่ได้เป็นตัวแทนของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมดได้ เนื่องจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ไปเที่ยวที่ผับและบาร์เฉพาะของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แต่ไม่ได้ไปทำการเก็บข้อมูลในสถานที่เฉพาะอื่น ๆ เช่น ชานว่ ฟิตเนส ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่แตกต่างจากการวิจัยในครั้งนี้ได้ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลจากชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในทุกกลุ่มและทุกสถานที่เฉพาะของกลุ่มนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีและขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความอนุเคราะห์คำแนะนำเพื่อให้งานวิจัยในครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงมหาดไทย. (2557). จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง ปี พ.ศ. 2527-2557 มิถุนายน 2557.
- Cheng, W., Tang, W., Zhong, F., Babu, G. R., Han, Z., Qin, F., Gao, K., Mai, H., Zhao, Y., Liang, C., Fan, L., Wu, H., Xu, H., & Wang, M. (2014). Consistently high unprotected anal intercourse (UAI) and factors correlated with UAI among men who have sex with men: implication of a serial cross-sectional study in Guangzhou, China. *BMC infectious diseases*, 14, 696.
- Geng, G. Z., Gao, G., Ruan, Y. H., Yu, M. R., & Zhou, Y. H. (2016). Behavioral Risk Profile of Men Who Have Sex with Men in Beijing, China: Results from a Cross-sectional Survey with Randomized Response Techniques. *Chinese medical journal*, 129(5), 523–529.
- Hoornenborg, E., Coyer, L., Achterbergh, R., Matser, A., Schim van der Loeff, M. F., Boyd, A., van Duijnhoven, Y., Bruisten, S., Oostvogel, P., Davidovich, U., Hogewoning, A., Prins, M., de Vries, H., & Amsterdam PrEP Project team in the HIV Transmission Elimination Amsterdam (H-TEAM) Initiative (2019). Sexual behaviour and incidence of HIV and sexually transmitted



- infections among men who have sex with men using daily and event-driven pre-exposure prophylaxis in AMPREP: 2 year results from a demonstration study. *The lancet. HIV*, 4(7), e447–e455.
- Hess, K. L., Crepaz, N., Rose, C., Purcell, D., & Paz-Bailey, G. (2017). Trends in Sexual Behavior Among Men Who have Sex with Men (MSM) in High-Income Countries, 1990-2013: A Systematic Review. *AIDS and behavior*, 21(10), 2811–2834.
- He, J., Xu, H. F., Cheng, W. B., Zhang, S. J., Gu, J., Hao, Y. T., & Hao, C. (2018). Intimate relationship characteristics as determinants of HIV risk among men who have sex with regular male sex partners: a cross-sectional study in Guangzhou, China. *BMC infectious diseases*, 18(1), 150.
- Johnson, W. D., O'Leary, A., & Flores, S. A. (2018). Per-partner condom effectiveness against HIV for men who have sex with men. *AIDS (London, England)*, 32(11), 1499–1505.
- Kim, E. J., Hladik, W., Barker, J., Lubwama, G., Sendagala, S., Ssenkusu, J. M., Opio, A., Serwadda, D., & Crane Survey Group (2016). Sexually transmitted infections associated with alcohol use and HIV infection among men who have sex with men in Kampala, Uganda. *Sexually transmitted infections*, 92(3), 240–245.
- Koh, K. C., & Yong, L. S. (2014). HIV Risk Perception, Sexual Behavior, and HIV Prevalence among Men-Who-Have-Sex-with-Men at a Community-Based Voluntary Counseling and Testing Center in Kuala Lumpur, Malaysia. *Interdisciplinary perspectives on infectious diseases*, 2014, 236240.
- Liu, Z., Fang, Q., Zuo, J., Chen, Y., Minhas, V., Wood, C., & Zhang, T. (2018). Global epidemiology of human herpesvirus 8 in men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. *Journal of medical virology*, 90(3), 582–591.
- Park, J. N., Papworth, E., Billong, S. C., Elat, J. B., Kassegne, S., Grosso, A., Moukam, L., Macauley, I., Yomb, Y. R., Mondoleba, V., Eloundou, J., LeBreton, M., Ketende, S. C., & Baral, S. (2014). Correlates of prior HIV testing among men who have sex with men in Cameroon: a cross-sectional analysis. *BMC public health*, 14, 1220.
- Pitpitan, E. V., Goodman-Meza, D., Burgos, J. L., Abramovitz, D., Chavarin, C. V., Torres, K., Strathdee, S. A., & Patterson, T. L. (2015). Prevalence and correlates of HIV among men who have sex with men in Tijuana, Mexico. *Journal of the International AIDS Society*, 14(1), 19304.



ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด

Postpartum depression among mothers with preterm infants

Received: March 6, 2021

Revised: April 28, 2021

Accepts: May 15, 2021

วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์ (พย.ม)¹

Wilailak Phuakphan (M.NS)

บทคัดย่อ

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อย ภาวะหายใจลำบาก ภาวะหัวใจเต้นช้า ดีซ่าน โลหิตจาง สมองพิการ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทันทีหลังคลอดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต มารดาไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพหรือให้นมบุตรในระยะแรกเกิดได้ ทำให้มารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของทารก กลัวว่าทารกจะไม่หายใจหรืออาจจะเสียชีวิต ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจึงเป็นปัญหาสำคัญในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาเหตุ อาการ ผลกระทบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และแนวทางการประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลมารดาที่คลอดก่อนกำหนดต่อไป

คำสำคัญ: คลอดก่อนกำหนด, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

¹พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการสอน) ชำนาญการ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, Thailand

Professional Nurse (Teaching), Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Department, Srimahasarakham Nursing College, Thailand

Corresponding author: wilailakphuak@gmail.com



Abstract

Preterm birth can cause low birth weight infant, respiratory distress syndrome, bradycardia, jaundice, anemia, and cerebral palsy. After birth, preterm infants usually require immediate treatment in ward or neonatal intensive care unit. Mothers tend to have a difficulty in building the attachment relationship or breastfeeding. This causes feeling of stress and anxious regarding to the health of the baby. The mother also fear that their baby may delay recovery or die which in turn results in subsequent depression. Postpartum depression is, therefore, a major problem for preterm birth mother. This academic article aims to present cause, effect and the significant factors associated with postnatal depression and guidelines for assessing postpartum depression. This will be useful for further taking care of mothers after preterm birth.

Keywords: preterm birth, postpartum depression

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561 พบอุบัติการณ์ของทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 8.80, 8.70 และ 8.90 ตามลำดับ (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์, 2561) การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารก กล่าวคือ ทำให้พัฒนาการทางด้านร่างกายไม่สมบูรณ์ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่ดี ปอดทำงานไม่เต็มที่ ระบบภูมิคุ้มกันไม่สมบูรณ์ ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ หายใจลำบาก หรือหายใจไม่ได้เอง ต้องรับรักษาในตู้อบ บางรายต้องใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ ดูแลนมไม่ได้ ต้องให้อาหารทางสายจมูกหรือสายสะดือ เป็นต้น ทารกต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่และเครื่องมือที่ทันสมัย (วาริชา เจนจินดามัย, 2559; วิไลพร เตชะสาธิต, 2559)

จากปัญหาการเจ็บป่วยของทารกดังที่กล่าว ข้างต้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาด้านจิตสังคม

อันเนื่องมาจากมารดาไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพหรือให้นมบุตรในระยะแรกเกิด เป็นการขัดขวางการทำหน้าที่ บทบาทมารดา อีกทั้งการที่มารดาได้รับรู้ว่าทารกมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด ด้วยเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกที่ไม่แน่นอนต่อสุขภาพของทารก กังวลหรือกลัวว่าทารกจะพิการ หรือเสียชีวิต (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2555) มารดาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุข มีความกดดันในใจ ทำให้มารดามีภาวะเครียดสูง พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีระดับความเครียดสูงเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามจิตใจและเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ทำให้เกิดความเครียดจากลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (รัตติกานต์ รักษาภักดี, พักต์วิไล ศรีแสง และ สุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์, 2561) มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่ามารดาที่คลอดครบกำหนด โดย

พบว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ที่ร้อยละ 35.30 สูงกว่ามารดาที่คลอดครบกำหนดที่พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ร้อยละ 15.30 (Gulamani, Premji, Kanji, & Azam, 2013)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจของมารดา ที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรม ตลอดจนการแสดงออกของมารดา เกิดจากสาเหตุใดยังไม่ทราบชัดเจน อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนในระยะหลังคลอด ร่วมกับภาวะจิตอารมณ์ หรือสาเหตุที่เกี่ยวกับการคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในช่วง 1 ปีแรกหลังคลอด โดยจะมีอาการนานมากกว่า 2 สัปดาห์ (Anokye, Acheampong, Budu-Ainooson, Obeng, & Akwasi, 2018)

วัตถุประสงค์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาเหตุอาการ ผลกระทบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และแนวทางการประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด

เนื้อหาและการอภิปราย

1. สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน

มารดาคลอดก่อนกำหนด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนดนั้นเกิดจากสาเหตุใดยังไม่ทราบชัดเจน อาจเกิดจากสาเหตุทางกายร่วมกับภาวะจิตอารมณ์ เช่น การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนหลังคลอด หรือสาเหตุที่เกี่ยวกับการคลอด เช่น การคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในรายที่ทารกต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้สูงกว่าผู้ที่คลอดครบกำหนด (Gulamani, Premji, Kanji,

& Azam, 2013) ภาวะจิตอารมณ์เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะถูกแยกจากมารดาตั้งแต่แรกคลอด ทำให้มารดาสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งความรู้สึกกลัวที่จะสูญเสียทารก อันเป็นที่รักก่อให้เกิดความโศกเศร้าจากการสูญเสีย ซึ่งความเศร้าโศกเป็นกระบวนการตอบสนองตามปกติของบุคคลหรือครอบครัวที่เกิดขึ้นหลังจากการสูญเสีย (ทิพย์สุตา สำเนียงเสนาะ, 2556)

2. อาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน

มารดาคลอดก่อนกำหนด

อาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดปกติและคลอดก่อนกำหนดมีลักษณะเหมือนกัน โดยอาการสำคัญที่พบจะแตกต่างจากภาวะอารมณ์หลังคลอดคือ มีอาการเป็นอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์โดยอาการที่มักพบได้ มีดังนี้ (สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2562)

- รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่
- อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด โกรธง่าย หรืออยู่ไม่สุข
- วิตกกังวลมากผิดปกติ
- มีปัญหาในการนอนหลับ เช่น นอนหลับมากผิดปกติ หรือนอนไม่หลับ
- ร้องไห้มากกว่าปกติ หรือร้องไห้อย่างไม่มีเหตุผล
- มีปัญหาเรื่องสมาธิ การจดจำรายละเอียด หรือการตัดสินใจ
- หหมดความสนใจในสิ่งที่ชอบหรืองานอดิเรก
- รับประทานอาหารน้อยลง หรือรับประทานมากขึ้นอย่างผิดปกติ
- น้ำหนักลดลง หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น (มากกว่า 5% จากน้ำหนักตัวเดิมใน 1 เดือน) หรือ ความอยากอาหารลดลง หรือ อยากกินตลอดเวลา ตลอดทั้งวัน ไม่ใช่เฉพาะบางมื้อ และเป็นทุกวัน



- มีปัญหาสุขภาพโดยไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน เช่น ปวดศีรษะบ่อย ปวดกล้ามเนื้อ หรือมีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินอาหาร
- เก็บตัว หรือหลีกเลี่ยงการพบเจอเพื่อนและคนในครอบครัว
- มีปัญหาในการสร้างความผูกพันระหว่างแม่ลูก
- กังวลไปว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลลูกอยู่บ่อย ๆ
- รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่าไม่มีความหมาย ไม่มีคนต้องการ
- มีความคิดทำร้ายร่างกายตัวเองหรือลูก
- มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ไม่รู้สึกกลัวความตาย อาจมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่สำเร็จ หรือเริ่มเตรียมแผนการหรืออุปกรณ์ที่จะใช้ฆ่าตัวตายมาเก็บไว้

3. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกเกิดการเจ็บป่วยและตายเพิ่มขึ้นและส่งผลให้มารดามีภาวะเครียดและซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวมารดาและบุตร ดังนี้

3.1 ผลกระทบต่อมารดา ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อารดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของมารดา และบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด โดยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทำให้มารดาไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือทำหน้าที่ได้ตามปกติ การปรับบทบาทมารดาไม่มีประสิทธิภาพ มองเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตในด้านลบ ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและทารกไม่เหมาะสม ไม่มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์เหมือนปกติ เพราะมีอาการเชื่องซึม ไม่สนใจบุคคลอื่น สูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

(Gulamani, Premji, Kanji, & Azam, 2013; Bergstrom, Wallin, Thomson, & Flacking, 2012) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกด้านลบกับบุตร มีการตอบสนองความต้องการของบุตรน้อยลง ไม่มีความสุข ทำให้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรเป็นไปในทางที่ไม่ดี มารดาจะปฏิเสธไม่สนใจที่จะดูแลทารก ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวันและด้านอื่น ๆ เช่น ไม่ดูแลทารก หลีกเลี่ยงการเยี่ยมบุตรเมื่อบุตรนอนโรงพยาบาล เป็นต้น (Tahirkheli, Cherry, Tackett, Mc Caffree, & Gillaspay, 2014)

3.2 ผลกระทบต่อบุตร มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังเพิ่มโอกาสในการใช้ความรุนแรงต่อทารก เช่น มีความคิดทำร้ายทารกหรือลงมือทำร้ายทารก เมื่อทารกทำในสิ่งที่ตนเองไม่พอใจ และยังพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดจะเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าทารกทั่วไปในระยะหลังคลอด มีปัญหาเกี่ยวกับการมาของน้ำนม และมีพฤติกรรมการเล่นบุตรด้วยนมมารดาลดลงเมื่อบุตรกลับบ้าน (Figueiredo, Canario & Field, 2014) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระยะยาวพบว่าทารกมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การเจริญเติบโตไม่สมวัย หรือมีภาวะแคะแกร็น มีพัฒนาการด้านอารมณ์ช้า เกิดความผิดปกติทางสังคม เช่น มีความวิตกกังวลสูง สมาธิสั้น ก้าวร้าว หรืออารมณ์ร้อน เป็นต้น มีระดับสติปัญญาต่ำ เช่น ด้านภาษา ด้านความฉลาดทางปัญญา (intelligence quotient) และเมื่อเติบโตขึ้นทารกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตด้วย (Gulamani, Premji, Kanji, & Azam, 2013) ทารกที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและด้านร่างกาย มี

ผลต่อการพัฒนาทักษะด้านการควบคุมตัวเอง สังคม องค์ความรู้ และด้านอารมณ์ของทารก (Agostini, Neri, Dellabartola, & Biasini, 2014) ทารกจะมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งการนอนหลับจะส่งต่อการพัฒนาสมองของทารกและยังพบว่าเมื่อเด็กอายุ 1 ปี ขึ้นไปจะมีพฤติกรรมแยกตัว สนใจสังคมรอบข้างลดลง โดยทารกที่เจริญเติบโตจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ร้อยละ 10-16 มีพัฒนาการความผิดปกติด้านจิตใจ แบบจิตเภทเมื่อทารกเติบโตเป็นผู้ใหญ่

3.3 ผลกระทบต่อครอบครัว ภาวะซึมเศร้า หลังคลอดมีผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัวโดยเฉพาะสามี ซึ่งมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีความรู้สึก เครียด ไม่มีความสุข หดหู่ใจในการใช้ชีวิต รู้สึกว่าตนเอง ไร้ค่า สามีจะเกิดความรู้สึกในทางลบต่อภรรยาของตนเอง ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สามีมีความรู้สึกสับสน กลัว ทำให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป รู้สึกอับอาย และส่ง ผลกระทบต่อการแสดงบทบาทการเป็นบิดาตามมา (Gulamani, Premji, Kanji, & Azam, 2013) การคลอด ก่อนกำหนดยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เนื่องจากการเจ็บป่วยของทารกทำให้มารดาต้องดูแล ทารกเพิ่มมากขึ้น มารดามีเวลาน้อยลงทำให้ความใส่ใจใน การดูแลตนเองและคู่สมรสน้อยลง ประกอบกับภาวะ เจ็บป่วยของบุตรทำให้เกิดความเครียดแก่ทั้งบิดาส่งผลให้ เกิดปัญหาระหว่างคู่สมรสตามมา เกิดปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างมารดาหลังคลอดและสามี ซึ่งนำไปสู่การหย่าร้าง ได้ (Alkozei, McMahon, & Lahav, 2014)

นอกจากนี้มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวน้อยลง เกิดความ ห่างเหิน และมีความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้น และมารดามักมี ความยุ่งยากต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง จึง

ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับมารดา หลังคลอดลดลง รวมถึงผลกระทบด้านเศรษฐกิจของ ครอบครัว มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มภาระ แก่ครอบครัวในการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้น จากการดูแลและรักษามารดา ตลอดจนมารดาไม่สามารถ ทำงานได้อาจจะเกิดความตึงเครียดและความขัดแย้ง ภายในครอบครัวตามมา (Mehta, & Mehta, 2014)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาคลอด ก่อนกำหนด มีหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้าน ทารก ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านครอบครัวและ สังคม

4.1 ปัจจัยด้านทารก ที่มีผลต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ น้ำหนักของทารก ความ เจ็บป่วยของทารก ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

4.1.1 ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1,500 กรัม ทารกที่คลอดอายุครรภ์ที่น้อยมากทำให้ ทารกมีปัญหาเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ในร่างกายมากตามไป ด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ให้นานขึ้น ทำให้มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของ ทารก ส่งผลให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา พบ การศึกษาในมารดา 105 คนโดยเป็นมารดาที่คลอดทารก น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม 35 คน มารดาที่คลอด ทารกน้ำหนักตัว 1,500 – 2,500 กรัม 35 คน และ มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า 2,500 กรัม 35 คน พบว่ากลุ่มมารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1500 กรัม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (คะแนน Edinburgh Postnatal Depression Scale) สูง



กว่ากลุ่มมารดาที่คลอดคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 1500 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.446$, $p = .007$) (Herguner, Annagur, Altunhan, & Ors, 2013)

4.1.2 ความเจ็บป่วยของทารกซึ่งจะประเมินโดยแพทย์ที่ทำการรักษา การเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย มารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกมีน้ำหนักน้อย จะทำให้เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 19 (Gray, Edwards, O'Callaghan, Cuskelly, & Gibbons, 2013)

4.1.3 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของทารกที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ทารกต้องนอนในโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย สามารถทำนายการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาได้ ($OR = 1.074$; $p = 0.01$; 95% CI 1.017- 1.133) (Herguner, Annagur, Altunhan, & Ors, 2013)

4.2 ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อภาวะซีมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ดังนี้

4.2.1 การศึกษา มารดาที่มีการศึกษาต่ำจะมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและบุตร มีโอกาสเข้าถึงการบริการต่าง ๆ ทางแพทย์ได้น้อย มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำจะเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาที่สูง ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดและมารดาที่มีอาการแสดงของภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมหรือต่ำกว่านี้ จะมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการ

ดูแลตนเองและบุตร มีโอกาสเข้าถึงการบริการต่าง ๆ ทางแพทย์ได้น้อย ทำให้เกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ($OR = 1.360$; 95% CI 1.260-1.480) (Ihongbe, & Masho, 2017)

4.2.2 รายได้ มารดาหลังคลอดที่คลอดทารกก่อนกำหนดจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดทารกครบกำหนด โดยมารดาที่มีรายได้ต่ำจะเกิดภาวะซีมเศร้าได้มากกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านการเงิน การเลือกทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำกัด ตลอดจนมารดาที่มีรายได้ต่ำ คือน้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน จะเกิดภาวะซีมเศร้าได้มากกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูง ($OR = 2.300$; 95% CI 2.080-2.540) (Ihongbe, & Masho, 2017)

4.2.3 อายุ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุของมารดา การศึกษาในมารดาที่คลอดครบกำหนดจำนวน 170 คน และมารดาที่คลอดก่อนกำหนดจำนวน 34 คน พบว่าอายุของมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ($p < .05$) แต่เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้ในระดับต่ำ ($OR = 1.032$; 95% CI 0.95-1.120) (Gulamani, Premji, Kanji, & Azam, 2013)

4.2.4 สถานภาพสมรส เป็นลักษณะทางประชากรที่ประเมินลักษณะสถานภาพการสมรส ว่า โสด สมรส แยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย หรืออยู่ด้วยกัน แต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สถานภาพสมรสเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด มารดาที่ไม่ได้แต่งงานหรือมารดาที่ต้องอยู่คนเดียว ดูแลทารกเพียงคนเดียว จะทำให้เกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้ ($OR =$

1.640; 95% CI 1.520-1.780) (Ihongbe, & Masho, 2017)

4.2.5 ความเครียดของมารดา ในมารดาคลอดทารกก่อนกำหนดจำนวน 23 คน อายุ 18-42 ปี พบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดจะเกิดความเครียด โดยความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กล่าวคือ มารดาที่มีความเครียดสูงจะเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ($r = .59, p < .05$) (วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และ วรรณทนา ศุภสีมานนท์, 2563)

4.2.6 ความผาสุกของมารดา และความสบายด้านอารมณ์ของมารดา ในมารดาคลอดทารกก่อนกำหนด ซึ่งทารกหลังคลอดได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (Newborn intensive care unit: NICU) มากกว่า 5 วัน พบว่า ความผาสุกของมารดา (Maternal well-being) ซึ่งเป็นความรู้สึกถึงความพร้อมทางด้านอารมณ์และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และความสบายด้านอารมณ์เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาคลอดก่อนกำหนดได้ในระดับค่อนข้างดี ($OR = 3.238; 95\% CI 2.131-4.920$) (Hawes, O'Donnell, Tucker, & Vohr, 2016)

4.2.7 ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอดเป็นภาวะซึมเศร้าที่มารดาหลังคลอดรู้สึกต่อตนเองว่าเคยรู้สึกซึมเศร้าในระยะก่อนคลอด ซึ่งจะมีการขาดความสนใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการนอนหลับผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกหมดหวัง เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ($OR = 2.12, CI = 1.09-4.11$) (Davey, Tough, Adair, & Benzie, 2011)

4.2.8 อารมณ์เศร้าของมารดา เป็นปรากฏการณ์ชั่วคราวของการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ในช่วง 1-10 วันหลังคลอด ส่วนใหญ่มาจากความเครียดเนื่องจากหลังคลอด มารดาต้องดูแลบุตร มักจะนอนน้อยอดนอน โดยทั่วไปหลังจากที่ได้หลับอย่างเพียงพอร่างกายก็จะกลับมาเป็นปกติ นอกจากนี้นี้อาจจะมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย วิตกกังวล ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ขาดสมาธิ หงุดหงิด และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 (Anokye, Acheampong, Budu-Ainooson, Obeng, & Akwasi, 2018)

4.2.9 มารดาหลังคลอดที่มีประวัติปัญหาทางด้านสุขภาพจิตก่อนการตั้งครรภ์ โดยพบว่ามารดาที่เคยมีภาวะซึมเศร้าก่อนตั้งครรภ์หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจะมีค่าคะแนน The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) สูงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาคลอดก่อนกำหนดได้ในระดับค่อนข้างดี ($OR = 2.27, CI = 1.42-3.63$) (Davey, Tough, Adair, & Benzie, 2011)

4.2.10 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นความรู้สึกของมารดาในการยอมรับฟังพอใจและเห็นค่าตนเอง ส่งผลให้มารดามีความเชื่อมั่นในการกระทำสิ่งต่าง ๆ หากมารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ มารดาจะคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสามารถในการกระทำสิ่งใด มารดาหลังคลอดที่มีคุณค่าในตนเองในระดับสูงจะมีความวิตกกังวล ความเครียดต่ำ และลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในมารดาหลังคลอดก่อนกำหนดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.385, p < .001$) (วิลโล๊กซ์ ฟีลด์, สุกิต ศิริอรุณรัตน์, และ วรณทนา ศุภสีมานนท์, 2563)

4.3 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉพาะในมารดาคลอดก่อนกำหนด

4.3.1 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านทรัพยากรหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากสามี ครอบครัว หรือเพื่อน ทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด จะช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งมีหลายการศึกษาที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และพบว่าทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดต้องการการช่วยเหลือจากสามี และบุคคลในครอบครัว (Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2012) การได้รับการสนับสนุนจากสังคมในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดช่วยให้มารดาสามารถเผชิญความเครียดและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาที่คลอดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Gulamani, Premji, Kanji, & Azam, 2013)

4.3.2 การได้รับการสนับสนุนจากสังคม มารดาที่ได้รับและรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการช่วยเหลือจาก พยาบาล แพทย์ ในระดับต่ำจะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาหลังคลอดก่อนกำหนดต้องการการสนับสนุนจากสังคม ทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินผล การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง ($r = -.44, p < .01$) (Ballantyne, Benzies, & Trute, 2015)

5. แนวทางการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นในช่วงหลังคลอดโดยอาการของภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงมาก จนกลายเป็นภาวะโรคจิตหลังคลอด มีการสร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีหลากหลายแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และการนำไปใช้ ซึ่งในประเทศไทยมีการพัฒนาและนำมาใช้ ดังนี้ (สุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2562)

5.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (self-report) ที่สร้างขึ้นโดย Cox et al. (1987) (อ้างถึงในวิลโล๊กซ์ ฟีลด์, สุกิต ศิริอรุณรัตน์, และ วรณทนา ศุภสีมานนท์, 2563) ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย มีการแปลหลายภาษา มีทั้งหมด 10 ข้อเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-3 (คะแนนรวม 0-30) ใช้เวลาในการประเมิน 5 นาที แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (EPDS) เป็นเพียงเครื่องมือคัดกรอง การวินิจฉัยจำเป็นต้องทำโดยแพทย์

5.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่จากแบบประเมิน EPDS ในปีค.ศ. 2001 เป็นแบบประเมินของ Beck & Gable (2001) (อ้างถึงในคอซาร์ตัน ปรีชล, 2559) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง สร้างขึ้นโดยใช้เกณฑ์

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลังคลอด ของ Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders- Fourth Edition ซึ่งจำแนกเป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (major depression) และไม่รุนแรง (minor depression) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย อานนท์ วิทยานนท์, ทิพวรรณ เสียบสู่อรรถกุล และ จารุรินทร์ ปิตานพงษ์ (2549)

5.3 แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory II [BDI-II]) เป็นแบบประเมินที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พัฒนาโดย เบค, สเตียร์ และ บราวน์ (1996) (อ้างถึงในสุสันทา ยิ้มแย้ม, 2562) เครื่องมือเป็นมาตราประเมินค่ามี 35 ข้อ ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในคลินิกเพื่อการคัดกรองและการวินิจฉัย

5.4 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบเอง (Thai Depression Inventory) ผู้พัฒนาเครื่องมือ คือ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2551) จิตแพทย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี เครื่องมือเป็นมาตราประเมินแบบเรียงลำดับมี 20 ข้อ มีจุดประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการประเมิน 5-10 นาที การให้คะแนนเป็น 0, 1, 2, 3 ตัวแปรที่วัด ได้แก่ อาการซึมเศร้า 6 ปัจจัยดังนี้ 1) ความวิตกกังวล (Anxiety) 2) การฆ่าตัวตาย (Suicide) 3) กลุ่มอาการที่คิดว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย (Hypochondriasis) 4) กลุ่มอาการเชื่องช้า (Lethargy) 5) การแยกจากสังคม (Social withdrawal) และ 6) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวลดลงหรือน้อยกว่าปกติ (Psychomotor retardation) ในการแปลผลนั้นหากผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการอยู่

ในระดับ Major depression จะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป

5.5 แบบประเมินสุขภาพจิตในคนไทย (Thai Mental Health Questionnaire: TMHQ) ผู้พัฒนาเครื่องมือ คือ สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ (2551) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เครื่องมือเป็นมาตราประเมินแบบเรียงลำดับ จุดประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต 5 ด้าน ภาวะสุขภาพจิต 5 ด้าน คือ 1) กลุ่มอาการที่คิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางร่างกาย (Somatization) 2) ความวิตกกังวล (Anxiety) 3) ภาวะซึมเศร้า (Depression) 4) อาการทางจิต (Psychotic) และ 5) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ทำการประเมินตนเอง ในประชากรทั่วไป ใช้เวลา 10-15 นาที

สรุป

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารก มารดาและครอบครัว การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของทารกสูงขึ้น ทำให้ทารกมีปัญหาสุขภาพและต้องถูกแยกจากมารดาทันทีภายหลังคลอด การที่มารดาได้รับรู้ว่าทารกมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดด้วยเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกที่ไม่แน่นอนต่อสุขภาพของทารก กังวลหรือกลัวว่าทารกจะพิการ หรือเสียชีวิต มารดาจึงรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุข เกิดความกดดันในใจ ทำให้มารดามีภาวะเครียดสูง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้



ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจของมารดาที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมตลอดจนการแสดงออกของมารดา ซึ่งส่งผลกระทบต่อทุกคนที่เกี่ยวข้องกับมารดา โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาคลอดก่อนกำหนด มีหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านสังคม ในระยะหลังคลอดพยาบาลต้องประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยใช้เครื่องมือซึ่งมีอยู่หลากหลาย ได้แก่ The Edinburgh Postnatal Depression Scale, Beck Depression Inventory II, Postpartum Depression Screening Scale, Thai Depression Inventory และ Thai Mental Health Questionnaire หากพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการเกิดหรือเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะได้วางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คารัตน์ ปรัชล. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: การป้องกันและการดูแล. *วารสารพยาบาลสภาาชาดไทย*, 9(2), 24-35.
- ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสียและโศกเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 658-667.
- นฤมล ธีระรังสิกุล. (2555). ประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. *การพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 25-39.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2551). แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบเอง. ในสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ (บก). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. (หน้า 458-461). กรุงเทพฯ: เมติคัล มีเดีย.

- รัตติกานต์ รักษาภักดี พัทธรวีโล ศรีแสง และ สุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรบางประการกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตรและสุขภาพ*, 41(1), 1-11.
- วาริชา เจนจินตามย์. (2559). การคลอดก่อนกำหนด. ใน ประยงค์ เวชนิชสนอง และ วนพร อนันต์ เสรี (บก), *กุมารเวชศาสตร์ (Pediatrics)*. พิมพ์ครั้งที่ 3. (หน้า 71-85). สงขลา: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิไลพร เตชะสาธิต. (2559). ทารกเกิดก่อนกำหนดและภาวะเจ็บป่วย. ใน สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, พรทิพา อิงคกุล, ยวลักษณ์ ธรรมเกษร, พรรณพชร พิริยะนนท์, ศรียา ประจักษ์ธรรม และ ประภาศรี กุลาเลิศ (บก), *ตำรากุมารเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 1*. (หน้า 60-77). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และ วรณทนา ศุภสีมานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด. *วารสารแพทยนาวิ*, 47(2), 432-445.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2551). แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย. ในสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ (บก), *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. (หน้า 425-430). กรุงเทพฯ: เมติคัล มีเดีย.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2562). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ในบังอร ศุภวิทิตพัฒนา และปิยภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บก), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน*. (หน้า 447-486). เชียงใหม่: สمارทโคตติงแอนด์เซอร์วิส.



- อานนท์ วิทยานนท์, ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล และจารุรินทร์
 ปีตานพวงศ์. (2549). การสร้างแบบสอบถาม
 Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)
 ฉบับภาษาไทยเพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าหลังคลอด.
 จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย
 ในพระบรมราชูปถัมภ์, 89(1), 1-7.
- Agostini, F., Neri, E., Dellabartola, S., Biassini,
 A., & Monti, F. (2014). Early interactive
 behaviours in preterm infants and their
 mothers: Influences of maternal depressive
 symptomology and neonatal birth weight.
Infant Behavior & Development, 37(1), 86- 93.
- Alkozei, A., McMahon, E., & Lahav. (2014). A
 Stress levels and depressive symptoms in
 NICU mothers in the postpartum period.
*Journal of Maternal Fetal & Neonatal
 Medicine*, 9(1), 1-17.
- Anokye. R., Acheampong, E., Budu-Ainooson,
 A., Obeng, E.I., & Akwasi, A.G. (2018).
 Prevalence of postpartum depression and
 interventions utilized for its management.
Annals of General Psychiatry, 17(18), 1-8.
- Ballantyne, M., Benzies, K. M., & Trute, B.
 (2015). Depressive symptoms among
 immigrant and Canadian born mothers of
 preterm infants at neonatal intensive care
 discharge: A cross sectional study. *BMC
 Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1-11.
- Bergstrom, E. B., Wallin, L., Thomson, G., &
 Flacking, R. (2012). Postpartum depression in
 mothers of infants cared for in a Neonatal
 Intensive Care Unit-Incidence and associated
 factors. *Journal of Neonatal Nursing*, 18(4),
 143-151.
- Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., &
 Benzies, K. M. (2011). Risk factors for sub-
 clinical and major postpartum depression
 among a community cohort of Canadian
 women. *Matern Child Health J.* 15(7), 866-875.
- Figueiredo, B., Canario C., & Field, T. (2014).
 Breast feeding is negatively affected by
 prenatal depression and reduces postpartum
 depression. *Psychological medicine*, 44(5),
 927-936.
- Gambina, I., Soldera, G., Benevento, B.,
 Trivellato, P., Visentin, S., & Cavallin, F. (2011).
 Postpartum psychosocial distress and late
 preterm delivery. *Journal of Reproductive and
 Infant Psychology*, 29(5), 472-479.
- Gray, P. H., Edwards, D. M., O'Callaghan, M.
 J., Cuskelly, M., & Gibbons, K. (2013). Parenting
 stress in mothers of very preterm infants-
 influence of development, temperament and
 maternal depression. *Early Human
 Development*, 89(9), 625-629.
- Gulamani, S. S., Premji, S. S., Kanji, Z., &
 Azam, S. I. (2013). Preterm birth a risk factor
 for postpartum depression in Pakistani
 women. *Open journal of depression*, 2(4), 72-
 81.
- Hawes, K., E., M., O'Donnell, M., Tucker, R., &
 Vohr, B. (2016). Social emotional factors
 increase risk of postpartum depression in
 mothers of preterm infants. *The Journal of
 Pediatrics*, 179(1), 61-67.
- Herguner, S., Annagur, A., Altunhan, H., &
 Ors, R. (2013). Postpartum depression in
 mothers of infants with very low birth weight.
Archives of Neuropsychiatry, 50(1), 30-33.



- Ihongbe, T. O., & Masho, S. W. (2017). Do successive preterm birth increase the risk of postpartum depressive symptoms. *Journal of Pregnancy*, 2017(1), 1-10.
- Mehta, S. and Mehta, N. (2014). An overview of risk factors associated to post-partum depression in Asia. *Mental Illness*, 6(5370), 14-17.
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2012). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal Child Health*, 17(1), 616-623.
- Tahirkheli, N. N., Cherry, A. S., Tackett, A. P., Mc Caffree, M. A., & Gillaspay, S. R. (2014). Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: Current perspectives. *International Journal of Women's Health*, 24(6), 975-987.



การออกจากกลุ่มก่อนกำหนดของสมาชิกในกลุ่มจิตบำบัดระยะยาวกับเทคนิคต่างๆ ของผู้บำบัด

Long-term Group and Premature Drop out Group in Psychotherapy:

Received: March 5, 2021

Revised: April 23, 2021

Accepts: July 18, 2021

Therapist's Technique

บุญยวีร์ เสนาบุญญฤทธิ์ (วท.ม.)¹

Boonyawee Senaboonyarit (MS.)

บทคัดย่อ

ในการทำกลุ่มระยะยาวถึงจะมีการเลือกสมาชิกที่เหมาะสมแล้วก็ตาม แต่มักจะหลีกเลี่ยงไม่พ้นในเรื่องของสมาชิกที่มีความประสงค์ออกจากกลุ่มก่อนกำหนด (Immature termination or premature drop out) พบว่าในระยะทำกลุ่ม 12-20 ครั้งของการทำกลุ่ม จะมีสมาชิกออกจากกลุ่มประมาณ 20-60 % ทำให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มระยะยาวได้ ซึ่งเป็นความท้าทายอย่างยิ่งต่อผู้นำกลุ่มในการทำให้กลุ่มดำเนินต่อไปท่ามกลางอุปสรรค ดังนั้นผู้นำกลุ่มควรมีทักษะเกี่ยวกับการสังเกต การฟัง รับรู้ และแปลความหมายที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแสดงออกของสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มต้องมีการประสบการณ์และความชำนาญในการใช้เทคนิคต่างๆ ต่อไปนี้ คือ เทคนิคที่หนึ่งและเดี่ยวนี่ การเปิดเผยตนเองของผู้นำกลุ่ม การระบาย การวิเคราะห์และตีความ การช่วยเหลือผู้อื่น การใช้สัจธรรม สร้างความหวัง ผู้นำกลุ่มที่ชำนาญนั้นต้องสามารถดึงศักยภาพของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มให้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในแนวทางที่สร้างสรรค์ได้ด้วย เหล่านี้นอกจากสามารถลดผลกระทบที่เกิดจาก premature drop out ที่เกิดขึ้นได้แล้วยังทำให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มได้พัฒนาตนเองอีกด้วย

คำสำคัญ: กลุ่มระยะยาว, การออกจากกลุ่มก่อนเวลาที่กำหนด, เทคนิคของผู้บำบัด

¹อาจารย์พยาบาลสาขาสุขาภพจิตและจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, Thailand

Lecturer, Psychiatric and Mental Health of Nursing, Assumption University, Thailand

Corresponding author: hareness@gmail.com



Abstract

Premature drop out of the group members, even with well-chosen members, is an *inevitable issue* in long-term group psychotherapy. It is shown that 20-60% of members usually leave the group during sessions 12 to 20. As a consequence, these immature terminations absolutely impact on the equilibrium of long-term group psychotherapy. It is challenging for psychotherapist to handle this problem in group process. Therefore, psychotherapist should have professional characteristics include the observation skills, listening skills, perception and translation of clients' behaviors in group. In addition, therapist need to have experiences and skills to apply therapeutic techniques such as "here and now", therapist's self-disclosure, catharsis, interpretation, altruism, and existential factors, and making hope. Professional therapist is also required to draw out the potential of members in group for helping each other. An effective psychotherapist does not only reduce the impacts of premature drop out in long-term group but also promote personal development of each member in group processes.

Keywords: Long-term Group, Premature drop out, Therapist's technique

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในสามเดือนแรกของการทำกลุ่มจิตบำบัดหรือในช่วงของการทำกลุ่ม 12-20 ครั้ง สมาชิกที่มีความรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มจิตบำบัดจะมีความสัมพันธ์ต่อกัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน มีความกลมเกลียวเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันเรียกว่ามีการผนึกกำลัง (cohesiveness) (Alonso, 2011) ถึงแม้ว่ากลุ่มจะมีการผนึกกำลังกันอย่างเหนียวแน่น ช่วยเหลือซึ่งกันอย่างดีในกลุ่ม แต่ premature drop out ก็สามารถเกิดขึ้นในกลุ่มจิตบำบัดได้ถึง 20-60 % (Cooper, & Conklin, 2015; Jensen, Mortensen, & Lotz, 2014; Jan, Therasa, Ole, & Steinar, 2013) และมีเหตุผลนานาประการของสมาชิกเกี่ยวกับ premature drop out เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพ ระยะเวลา

การทำกลุ่มไม่เหมาะสม สมาชิกไม่เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงตนเอง กระบวนการกลุ่มไม่ชัดเจน สมาชิกกลัวการเปิดเผยตนเอง สมาชิกขาดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม สมาชิกไม่ไว้วางใจกัน บรรยากาศของกลุ่มเศร้า มีความรุนแรงเกิดขึ้นในกลุ่ม (Sharf, Primavera, & Diener, 2010) สมาชิกมีปัญหาด้านบุคลิกภาพ เช่น วิตกกังวลง่าย มีความซึมเศร้า (Howard, 2000; Walter, & Maarten, 2009) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Jensen, Mortensen, & Lotz, 2014) การที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งออกจากกลุ่มไปย่อมมีผลกระทบต่อด้านจิตใจของสมาชิกที่เหลืออยู่ เช่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวลต่อการเข้ากลุ่ม และอาจมีผลกระทบต่อการสูญเสียเวลา ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการเพิ่มจำนวนครั้งของการทำกลุ่มจิตบำบัด เป็นต้น

ผู้นำกลุ่มจึงต้องตระหนักต่อหน้าที่ที่ต้องนำพากลุ่มระยะยาวให้คงอยู่ต่อไปโดยใช้ทักษะต่างๆ อย่างถูกต้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอ

1. ผลกระทบของ premature drop out ต่อกิจกรรมบำบัดระยะยาว
2. ความรู้และความตระหนักรู้ของผู้นำกลุ่มจิตบำบัดระยะยาวต่อ premature drop out
3. การจัดการและเทคนิคที่ผู้นำกลุ่มจิตบำบัดระยะยาวนำมาใช้ใน premature drop out

1. ผลกระทบของ premature drop out ต่อกิจกรรมบำบัดระยะยาว

Premature drop out ทำให้กลุ่มจิตบำบัดระยะยาวขาดความสมดุลทางอารมณ์ สภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นอารมณ์ลบที่เกิดขึ้นในใจ ทำให้อารมณ์ของสมาชิกขุ่นมัว เกิดความเศร้า เสียใจ (Gregory et al., 2012) ความโกรธ การโทษตนเอง โทษผู้อื่น การปฏิเสธ ความกังวลต่ออนาคต เหล่านี้เป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกในกลุ่ม (Jensen, Mortensen, & Lotz, 2014; Joshua, & Roger, 2015; Anthony, & Jacob, Ryan, & Yossef, 2015) ซึ่งจะกระทบถึงการออกจากกลุ่มของสมาชิกคนต่อไป ด้วยส่วนสมาชิกที่เหลืออยู่อาจมีความไม่มั่นคงทางจิตใจ ไม่มีสมาธิเพียงพอในการทำกลุ่มต่อไป ด้วยเหตุนี้การที่สมาชิกที่เหลืออยู่ต้องช่วยเหลือกันทางด้านอารมณ์ คือ ต้องรับรู้ หรือเผชิญกับสภาวะเศร้า เสียใจ ความคิดลบต่อกลุ่ม ต่อสมาชิกในกลุ่มบางคน หรือต่อผู้นำกลุ่มด้วย

อาจมีการอ้างเหตุผลต่างๆ นานาของสมาชิก มีความขัดแย้งเกิดขึ้นในกลุ่มที่เพิ่มมากขึ้นได้ ซึ่งนี่เป็นเหตุผลหนึ่งที่สมาชิกกลุ่มบางคนอาจไม่สามารถเข้ากลุ่มต่อไปได้ เหล่านี้เองคือสาเหตุทำให้กลุ่มต้องหยุดการพัฒนาไปชั่วคราวหรือถาวรเลยก็ได้ (Jensen, H.H., Mortensen, E.L., & Lotz, M., 2014)

2. ความรู้และความตระหนักรู้ของผู้นำกลุ่มจิตบำบัดระยะยาวต่อ premature drop out

เมื่อกิจกรรมบำบัดระยะยาวที่มี Immature termination or premature drop out เกิดขึ้น โดยสมาชิกไม่ได้กล่าวลา หรือมีระยะเวลาการกล่าวลาสั้นเกินไปนั้นจะมีผลทำให้สมาชิกที่เหลืออยู่ขาดความพร้อมในการรับมือกับความสูญเสีย ในบางกลุ่มการหายหรือจากไปของสมาชิกนั้นมีความรุนแรงเหมือนญาติสนิทที่จากกัน เช่น กลุ่มคนไข้มะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น (Ghazaleh, Jalal, Ahmad, & Shahla, 2012) หลักสำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องตระหนักคือ ปัญหา อุปสรรค หรือสถานการณ์ใดๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นสิ่งที่น่าท้อทายเสมอ (Wheeler, 2014) เมื่อ premature drop out เกิดขึ้น ผู้นำกลุ่มผู้มีประสบการณ์มากพอจึงทำให้สมาชิกยอมรับ และรับมือกับสถานการณ์การสูญเสีย เริ่มจากทำให้สมาชิกเข้าใจขั้นตอนการสูญเสีย ความโศกเศร้า รวมถึงเข้าใจอารมณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นขณะนั้นในกลุ่ม จนสมาชิกสามารถเปิดเผยตนเองต่อกลุ่มได้ โดยเฉพาะสมาชิกที่เก็บกดอารมณ์เอาไว้ ต่อมาผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกที่เหลืออยู่ในกลุ่มมีความเข้าใจเห็นใจกันจนสามารถช่วยเหลือกันอย่างเต็มที่ในกลุ่ม รวมทั้งสมาชิกสามารถแสดงความไม่พอใจต่างๆ ต่อผู้นำกลุ่มอย่างสุภาพได้ด้วย



(Martha, 2016; Koukurikos, & Pasmatz, 2014) ในกลุ่มระยะยาวสมาชิกต้องสามารถลดอารมณ์ สิ่งตกค้างในใจ ความกังวล ความขัดแย้ง หรือลึงเลสงสัยใดๆ เพราะสิ่งที่ติดค้างอยู่ในใจของสมาชิกอาจทำให้เกิด premature drop out ได้อีก เมื่อสมาชิกทุกคนได้ฟันฝ่าและผ่านอุปสรรคไปได้เขาจะเกิดความรู้สึกบวกต่อประสบการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น (Abramowitz, S. I., & Jackson, 1974) สมาชิกก็จะมีคามเข้มแข็งทางจิตใจ ผนึกกำลังกันมากขึ้น (Roos, & Werbart, 2013) มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน มีความตั้งใจต่อการเข้ากลุ่มมากกว่าเดิม (Jensen, Moetensen, & Lotz, 2014; Lorentzen, Hersoug, Ruud, & Hoglend, 2012) จากการศึกษาพบว่า ทุกครั้งที่มีการวิกฤติเกิดขึ้นในกลุ่มสมาชิกจะมีโอกาสเรียนรู้ตนเองและผู้อื่น มีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่า ลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และมีความหวังเกิดขึ้นอีกครั้ง (Batch, 2018; Wheeler, 2014)

3. การจัดการ และเทคนิคที่ผู้นำกลุ่มจิตบำบัดระยะยาวนำมาใช้ใน premature drop out

การทำให้กลุ่มระยะยาวคงอยู่ต่อไปในสถานการณ์ของ premature drop out ผู้นำกลุ่มต้องมีการรับรู้อย่างรวดเร็วเกี่ยวกับความรู้สึกของสมาชิกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และดึงศักยภาพของสมาชิกแต่ละคนออกมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างเต็มที่ในทิศทางที่สร้างสรรค์ (Duff, & Bedi, 2010; Koukurikos, & Pasmatz, 2014) โดยวิเคราะห์จากสมาชิกในกลุ่มสังเกตสีหน้า แววตา การหายใจ ท่วงท่า น้ำเสียง มีการวิเคราะห์และตอบสนองสมาชิกอย่างเหมาะสมตาม

ข้อเท็จจริงมากที่สุด (Wheeler, 2014; Senaboonyarit, 2016) อย่าลืมว่าสมาชิกบางคนมีความฝัน หรือความปรารถนาที่ไม่ตรงข้อเท็จจริง เมื่ออารมณ์หรือความปรารถนาที่ไม่เหมาะสมตามข้อเท็จจริงถูกขจัดออกไป สมาชิกจะเข้าใจ สามารถยอมรับ และเปลี่ยนแปลงตนเองได้ (Yalom & Leszcz, 2005; Martha, 2016) ในขั้นตอนนี้เองที่ผู้นำกลุ่มใช้กระบวนการกลุ่มและเทคนิคต่างๆ มาใช้ดังนี้

3.1. เทคนิค here and now เมื่อผู้นำกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ของ premature drop out และนำเทคนิค here and now มาใช้ทันทีโดย เอื้อให้สมาชิกเปิดเผยความในใจ เช่น ความคิด หรืออารมณ์ที่มีอยู่ขณะนั้น (ทินกร, 2552; Senaboonyarit, 2016) ผู้นำกลุ่มอนุญาตให้สมาชิกวิพากษ์วิจารณ์ได้ด้วย ซึ่งการวิพากษ์วิจารณ์นั้นอาจได้แก่ ความผิดพลาดของผู้นำกลุ่มที่สมาชิกเข้าใจว่าน่าจะเป็นสาเหตุของการ drop out ด้วย (Kivlighan, 2014) ในขั้นตอนนี้ยามลอมกล่าวว่า (Yalom, & Leszcz, 2005) สิ่งที่อยู่ตรงหน้าสำคัญที่สุด อารมณ์ ความรู้สึก เป็นเครื่องมือสำคัญที่บ่งบอกทิศทางการทำกลุ่มสู่เนื้อหาและประเด็นต่างๆ ในกลุ่มที่มีการพูด การเปิดใจต่อกันในทันทีที่มีความรู้สึกและผ่านการถูกสังเกตสีหน้า แววตา น้ำเสียง ท่าทาง ที่ปรากฏชัดเจนในขณะนั้นมีความสำคัญ เพราะสามารถทำให้ผู้นำกลุ่ม หรือสมาชิกในกลุ่มเข้าใจความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นของสมาชิกได้ทันที ก็จะเกิดการช่วยเหลือสมาชิกโดยใช้พลังของกลุ่มได้ทันทีเช่นกัน (Anderson, 2015) ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการเข้าใจกันอย่างเต็มที่ ไม่มีเงื่อนไข(empathic understanding) ยิ่งจะทำ

ให้กลุ่มดำเนินต่อไปโดยสมาชิกเห็นความสำคัญของการเข้ากลุ่มระยะยาวมากขึ้นด้วย

3.2. การเปิดเผยตนเองของผู้นำกลุ่ม (Therapist self-disclosure) ในสถานการณ์ของ premature drop out ที่มีความสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ การเปิดเผยตนเองของผู้นำกลุ่มเพื่อการเยียวยาและลดอาการต่างๆ ของสมาชิก (ทินกร, 2552; Sharon, Giora, Elad, Patrick, & Golan, 2016; Riches, Schrank, Brownell, Slade, Lawrence, 2020) โดยเมื่อมีโอกาสผู้นำกลุ่มต้องเปิดเผยตนเอง ทั้งความรู้สึกรู้สึกต่อการสูญเสีย การแสดงข้อเท็จจริง (หากมีข้อมูล) และมีท่าทียอมรับ หรือคำพูดที่ยอมรับต่อการจากไปของสมาชิกด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง และผู้นำกลุ่มต้องกล่าวถึงความผิดพลาดของตนเองซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิด premature drop out แก่สมาชิกในกลุ่มด้วย เช่นกัน (Knox, & Hill, 2003; Sharon, Giora, Elad, Patrick, & Golan, 2016) ขอยกตัวอย่างคำพูดของอาจารย์นายแพทย์ปรามอทย์ เขวาศิลป์ เช่น “อาจเป็นเพราะผมสนใจต่อความรู้สึกของเขาน้อยเกินไปในวันนั้น และไม่เหมือนที่เขาหวังเอาไว้” เพื่อให้สมาชิกเข้าใจว่า ผู้นำกลุ่มมีความรู้สึก และไม่ได้ละเลยการจากไปของสมาชิกผู้นั้น

3.3. การระบาย (Catharsis) สมาชิกเล่าความรู้สึกต่างๆ ปลดปล่อยความรู้สึกที่มีในใจของสมาชิกเองต่อ สถานการณ์ premature drop out ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สมาชิกผู้ระบายอารมณ์จะรู้สึกสบายใจขึ้น เมื่อมีผู้รับฟังความรู้สึกของเขา และมีผู้รับฟังมากกว่าหนึ่งคนเสียด้วย และผู้รับฟังเหล่านั้นยอมรับอารมณ์ของสมาชิกท่านนั้นได้ด้วย จะทำให้ไม่ต้องเก็บกดเอาไว้จนอาจเกิด acting out นอกกลุ่มหรือหลั่งออกจากกลุ่มไป (Acting

out คือ อารมณ์ที่สมาชิกเก็บกดไว้ แล้วปลดปล่อยออกอย่างไม่เหมาะสมแก่บุคคล สถานที่ สิ่งมีชีวิตอื่นๆ เช่น สุนัข แมว) (Matthias, & Alf, 2014; Sanaa, Samir, Mona, Salwa, & Rania, 2010) เทคนิคนี้ถ้าสมาชิกผู้มีลักษณะเก็บความรู้สึก ไม่พูด ไม่แสดงความรู้สึกโกรธหรือสมาชิกที่ใช้วิธีการโทษตนเองได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อสมาชิกผู้จากไปแก่สมาชิกอื่นๆ ในกลุ่ม (Piper, Joyce, Weideman, Rosie, 2007; Donelson, 2017) นอกจากช่วยให้สมาชิกนั้นได้ระบายแล้ว สมาชิกคนอื่นๆ ยังได้ทบทวนตนเอง ได้เข้าใจความรู้สึกของตนเองด้วย ในสมาชิกบางคน ความรู้สึกสูญเสียที่เกิดจาก premature drop out อาจตอกย้ำความเจ็บปวดที่สมาชิกเคยสูญเสียในอดีตด้วย ในการระบายอาจมีทั้งข้อมูล อารมณ์ลบในลักษณะไม่สร้างสรรค์ของสมาชิกซึ่งผู้นำกลุ่มต้องเปิดใจรับฟังทั้งหมด เพราะหากผู้นำกลุ่มไม่ตั้งใจรับฟังสมาชิกผู้นั้นอย่างเพียงพอ ก็อาจตอบสนองหรือแปลความหมายไม่ถูกต้องออกไปในกลุ่ม ซึ่งอาจมีสมาชิกหนึ่งหรือสองคนในกลุ่มรู้สึกผิดหวังต่อผู้นำกลุ่มและออกจากกลุ่มไปด้วยก็ได้ (Roos, & Werbart, 2013; Jensen, Mortensen, Lotz, 2014) มีการศึกษาพบว่า ถ้าผู้นำกลุ่มไม่เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม แสดงอารมณ์ แสดงคำพูด หรือไม่มีท่าทีในลักษณะประคับประคองจิตใจ ยิ่งทำให้สมาชิกเก็บความคิดความรู้สึกด้านลบไว้ในใจมากยิ่งขึ้น (Pingitore, 2015) ในลักษณะตรงกันข้ามผู้นำกลุ่มที่เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มบอกเล่าความรู้สึกของตนเองเป็นอันดับแรกๆ นั้น คือ การแสดงว่าผู้นำกลุ่มพยายามเข้าใจยอมรับและเห็นใจสมาชิกอย่างไม่มีเงื่อนไขนั่นเอง การรับฟังอารมณ์ทั้งบวกหรือลบนั้นสามารถช่วยลดการ



ต่อต้านจากสมาชิกที่มีความไม่พอใจจากการออกจากกลุ่มของสมาชิกคนนั้นได้ด้วย (Shedler, 2010, Senaboonyarit, & Chaowasilt, 2015)

3.4. การวิเคราะห์และตีความหมายร่วมกัน (Interpretation) ตามแนวคิดของนักจิตวิทยา มนุษยนิยมเชื่อว่า มนุษย์มีความแตกต่างกัน จากประสบการณ์ที่หลากหลายของแต่ละคน คนมีศักยภาพที่แตกต่างมีมุมมองที่แตกต่างกันได้ ผู้นำกลุ่มจึงนำมาใช้กับสถานการณ์ premature drop out เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มระยะยาว ผู้นำกลุ่มอาจถามย้อนกลับแก่สมาชิก หรือใช้การตอบเป็นนัย เพื่อให้สมาชิกได้คิด ทบทวนและรวบรวมข้อเท็จจริงที่เขาถืออยู่นำมาเสนอและ เป็นคำตอบในกลุ่ม (Pingitore, 2015) เช่น “ครั้งที่แล้วของการทำกลุ่ม คุณเห็นอะไรบ้างและคิดว่าคนที่เขาออกจากกลุ่มจะรู้สึกอย่างไร” เพื่อให้สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มได้ทบทวนเหตุการณ์ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นนั้นและเป็นผู้ร่วมตอบคำถามกับผู้นำกลุ่มด้วยเช่นกัน เพื่อให้เป็นที่ประจักษ์ชัดของคำตอบซึ่งมิได้เกิดจากความคิดของผู้นำกลุ่มเอง บางครั้งการใช้คำถามของผู้นำกลุ่มอาจเป็นคำถามที่ท้าทายเล็กน้อย เช่น “นั่นนะสิครั้งที่แล้วคุณนั่งอยู่ใกล้ๆ เขา เห็นท่าทีของเขาอย่างชัดเจนคุณคิดถึงเรื่องนี้อย่างไร” (Senaboonyarit, 2016) มีการศึกษาพบว่า การที่ผู้นำกลุ่มสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีความเข้าใจสมาชิกและช่วยเหลือสมาชิกตลอดในระยะเวลาพอควรยิ่งทำให้การสื่อสารเป็นในทิศทางบวกกับสมาชิกมากยิ่งขึ้น (Martha, 2016; Koukourikos & Pasmatz, 2014) ซึ่งตรงนี้ก็อาจสามารถลด premature drop out ได้บ้าง การให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น บางตำราเขียนไว้ว่า

Group-as-a-whole interpretation (Yalom, & Leszcz, 2005; Rutan, Walter, & Josep, 2007)

3.5. การช่วยเหลือผู้อื่น (Altruism) ผู้นำกลุ่มพยายามให้สมาชิกแต่ละคนเข้าใจซึ่งกันและกัน สนับสนุนให้สมาชิก แสดงความเห็นใจต่อผู้ที่รู้สึกสูญเสีย เคร่าโศก และให้มีการช่วยเหลือกันทันที (Yalom, & Leszcz, 2005; Therapistaid.com [Internet], 2016; Batch, 2018) สมาชิกได้เล่าความรู้สึกที่คล้ายคลึงต่อกัน ให้เหตุผล หรือข้อมูลในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บางคนที่เข้มแข็งทางด้านจิตใจมากกว่าจะสามารถแสดงความเห็นใจ การช่วยเหลือ และสนับสนุนสมาชิกที่มีอารมณ์ลบจนสมาชิกที่มีอารมณ์ลบนั้นสามารถควบคุมอารมณ์ได้และยังช่วยปรับความคิดไปสู่เป้าหมายสู่ความหวังที่เป็นจริงและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันด้วย จากการสังเกตการณ์ของผู้เขียนพบว่า ผู้นำกลุ่มที่เข้าใจความรู้สึกของสมาชิก (empathy) และสามารถวิเคราะห์ระดับอารมณ์ที่เกิดขึ้นของสมาชิกในกลุ่มได้จะดำเนินกลุ่มโดยเอื้อให้สมาชิกที่มีความรุนแรงทางอารมณ์น้อยกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ได้ช่วยเหลือสมาชิกที่มีอารมณ์รุนแรงมากกว่าอย่างเต็มที่ โดยการช่วยเหลือมีทั้งการประคับประคองจิตใจ การให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง เสนอประสบการณ์ที่เขาทำสำเร็จมาแล้ว เมื่อสมาชิกคนนั้นได้ช่วยเหลือผู้อื่นอย่างเต็มที่ ความรู้สึกของเขาที่มีอยู่ก็จะถูกแทนที่ด้วยการเสียสละตนเองช่วยเหลือผู้อื่น ทดแทนความรู้สึกสูญเสียด้วย และเขาจะมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้นอีกด้วย (Joshua, & Roger, 2015; Anthony, & Jacob, 2015) วิธีการช่วยเหลือในลักษณะดังกล่าวyalom เรียกว่า Altruism มีการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า หากสมาชิกมีความผูกพัน

กัน และไว้วางใจกันอย่างเพียงพอ การเสียสละช่วยเหลือสมาชิกจะสามารถประสบผลสำเร็จดียิ่งขึ้น และทำให้สมาชิกกลุ่มผึกำลังได้มากยิ่งขึ้น (Marmarosh, & Sproul, 2021)

3.6. สัจธรรม (Existential factor) วิถีชีวิตทางอารมณ์นี้เป็นสิ่งที่บุคคลต้องพบอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน ผู้นำกลุ่มนำมาใช้เพื่อให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ว่า เป็นข้อเท็จจริงที่มนุษย์ทุกคนหนีไม่พ้น ดังนั้นประสบการณ์ครั้งนี้ของสมาชิกถือเป็นสัจธรรมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สามารถเผชิญกับมันด้วยความเข้าใจและมีความไม่ประมาทต่อสถานการณ์นั้นในอนาคตได้ สมาชิกควรเตือนตนเองสม่ำเสมอทุกๆ วัน เพื่อจะได้มีความเสียใจน้อยที่สุด ผู้เขียนจะขอยกตัวอย่างคำพูดของอาจารย์นายแพทย์ปราโมทย์ เชาวศิลป์ ผู้เชี่ยวชาญด้านกลุ่มจิตบำบัด ท่านกล่าวว่า “ทุกครั้งที่มีการพบ ย่อมมีการจากตามมาเสมอ” สัจธรรมคือ ข้อเท็จจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ บางครั้งสมาชิกไม่สามารถควบคุมให้ทุกอย่างเป็นอย่างที่ตั้งใจต้องการได้ ทุกอย่างไม่มีแน่นอน มนุษย์จึงควรทำสิ่งที่อยู่ตรงหน้านั้นให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Sanaa, et al., 2010) ในทางพุทธศาสนาก็คือ การทำตามเหตุและปัจจัยที่มีอยู่ตรงหน้าให้ดีที่สุดตามความสามารถของตนเอง การทำจิตใจให้มีสมาธิจดจ่ออยู่กับปัจจุบันตลอดเวลาไม่กลัวกับอนาคตและไม่เศร้าไปกับอดีตที่ผ่านมาแล้ว (Bhikkhu, 2001) สัจธรรมนี้ผู้นำกลุ่มเองต้องนำมาใช้ให้เป็นแบบอย่างแก่สมาชิกให้เห็นอย่างชัดเจน สมาชิกจึงนำมาใช้ได้ (Senaboonyarit, 2013)

3.7. การให้ความหวัง (Making Hope) นอกจากความเสียใจ ยังพบว่าสมาชิกที่วิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินไปของกลุ่มในอนาคตด้วย (Yalom, &

Leszcz, 2005; Rutan, Walter, Joseph, 2007; Barrett et al., 2009) ดังนั้นผู้นำกลุ่มควรให้ข้อมูลและทำให้สมาชิกมีความหวังต่อการทำกลุ่มด้วยเช่นกัน (Sue, 2009; Winger, 2010; Batch, 2018; Sanaa et al., 2010) เพราะขณะที่กลุ่มขาดความสมดุล หรือสมาชิกในกลุ่มเริ่มมีอาการทางลบ สมาชิกนั้นจะไม่สามารถรักษาความเป็นกลางของจิตใจ มีการรับรู้ลดลง สมาธิก็ลดลงไปด้วย รวมทั้งคิดในด้านลบเกี่ยวกับอนาคตด้วย เช่น คิดว่าน่าจะมีคนอื่นที่คิดจะออกจากกลุ่มนี้ไปเช่นกัน กลุ่มคงต้องล้มเลิก หรือเลิกกันไป ผู้นำกลุ่มจึงจำเป็นต้องให้ความมั่นใจและสร้างความหวังต่อสมาชิกในกลุ่ม ตอนนี้ผู้เขียนจะขอยกตัวอย่างคำพูดของอาจารย์นายแพทย์ปราโมทย์ เชาวศิลป์ ดังนี้ “ผมไม่เคยคิดว่าจะเลิกกลุ่มและไม่เคยคิดว่าจะไม่ทำกลุ่มอีกต่อไปนะ” “ทุกคนมีทางเลือกของตนเอง ส่วนเราที่อยู่ที่นี่ก็ทำหน้าที่กันต่อไป ผมก็ต้องทำหน้าที่ของผมต่อไป” การมีสมาชิกออกจากกลุ่มก็ทำให้ทุกคนรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หรือกลัวอนาคตด้วยเช่นกัน (Lorentzen, Bakali, Hersoug, Ruud, & Hoglend, 2012) ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องเป็นแบบอย่างที่สำคัญ การที่ผู้นำกลุ่มไม่เคยทอดทิ้งยังอยู่กับสมาชิกตลอดเวลาที่มีความทุกข์ มาเข้ากลุ่มก็ครั้งก็มีผู้นำกลุ่มนั่งตรงที่เดิม ที่ที่พร้อมรับรู้ พร้อมเข้าใจและช่วยเหลือสมาชิกอยู่เสมอ เมื่อเกิดภาวะวิกฤติเพียงผู้นำกลุ่มบอกว่ากลุ่มนี้ต้องดำเนินต่อไป นี่คือประโยชน์ที่สร้างความมั่นใจ สร้างความหวังแก่สมาชิกที่เหลืออยู่ เทคนิคนี้ Yalom (Yalom, & Leszcz, 2005) ใช้คำว่า “Installation of hope”



สรุป

การออกจากกลุ่มของสมาชิก premature drop out แม้จะทำให้สมาชิกในกลุ่ม มีความรู้สึกต่างๆ นานา แต่ก็ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของสมาชิกได้ ผู้นำกลุ่มจึงต้องสนับสนุนให้สมาชิกเข้าใจกัน และกันทั้งอารมณ์และเหตุผลที่เกิดขึ้นในกลุ่ม แนะนำข้อเท็จจริงต่างๆ ชี้แจงสัจธรรมให้ทราบในเรื่องความไม่แน่นอน ให้ความหวังกับสมาชิกที่เหลืออยู่โดยเน้นการยอมรับและอยู่กับปัจจุบัน การกระทำตามเหตุและปัจจัย ที่มีอยู่ให้เหมาะสมเท่าที่ทำได้ ที่สำคัญผู้นำกลุ่มที่มีความเติบโตทางอารมณ์ มีความมั่นคงทางจิตใจ เป็นแบบอย่างของความมุ่งมั่น ตั้งใจ จะสามารถทำให้สมาชิกกลุ่มที่พบภาวะวิกฤตินี้ผ่านพ้นไปได้ และกลุ่มจะสามารถผนึกกำลังและดำเนินต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

- ทินกร วงษ์ปการันย์. (2552) จิตบำบัด: ทฤษฎีและเทคนิค. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- Abramowitz, S.I., & Jackson, C. (1974). Comparative effectiveness of there-and-then versus here-and-now therapist interpretations in group psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 21*(4), 288–293. Retrieve from <https://doi.org/10.1037/h0036719>
- Alonso, J.T. (2011). Cohesion's relationship to outcome in group psychotherapy: A meta-analytic review of empirical research. (Doctoral dissertations, Brigham Young University, Provo, Utah, United States). ScholarsArchive. BYU Brigham Young University. Retrieved from <https://scholarsarchive.byu.edu/etd/2658>
- Anderson, K.N. (2015). Premature Termination of Outpatient Psychotherapy: Predictors, Reasons, and Outcomes. (Doctoral dissertation, The University of Nebraska–Lincoln, USA). ProQuest Dissertations and Theses database. Retrieved from <http://www.digitalcommons.unl.edu>.
- Anthony, M.T. & Jacob, A. F., Ryan, J. M., Yossef, S.B. (2015). Marek RJ, Ben-Porath YS, Van Dulmen MH. Premature termination from psychotherapy and internalizing psychopathology: The role of demoralization. *J Affect Disord., 174*, 549-555. doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.018.
- Barrett MS, Chua W-J, Christoph PC, Gibbons MB, Casiano D, Thompson D. (2009). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy (Chic), 45*(2):247-67.
- Batch, A. (2018) Dropout in Group Therapy: Causes and prevention strategies. (Master's thesis, The City University of Seattle, USA). Library & LRC CityUniversity of Seattle. Retrieved from <http://www.repository.cityu.edu>.
- Bhikkhu B. (2001). Conditionality. Bangkok: Sukkapabjai.
- Cooper, A.A., Conklin, L.R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Psychol Rev 40*, 57-65.
- Donelson, R. F. (2017). Group dynamic (7th ed.). Boston: Cengage.
- Duff, C.T. & Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly, 23*(1), 91-110.



- Ghazaleh, S., Jalal, Y., Ahmad, B., & Shahla A. (2012). The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. *Iran J Cancer Prev, 5*(4), 183-188.
- Gregory, E.S., Victoria D., Rebecca H., Paul F., Evette L., Leo M., Belinda O., & James S. (2012). Early Dropout from Psychotherapy for Depression with Group- and Network-model Therapists. *Adm Policy Ment Health and Ment Health Research, 39*(6), 440-447.
- Jensen, H.H., Mortensen, E.L., Lotz, M. (2014). Drop-out from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nord J Psychiatry 68*(8), 594-604. doi: 10.3109/08039488.2014.902499
- Howard, B.R. (2000). Adverse outcomes in group psychotherapy: Risk factor, prevention, and research directions. *J Psychother Pract Res, 9*(3), 113-122.
- Jan, V.B., Therasa, W., Ole, K., & Steinar, L. (2013). Development of group climate in short and long term psychodynamic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 63*(3), 366-393.
- Jensen, H.H., Mortensen, E.L., & Lotz, M. (2014). Drop-out from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nord J Psychiatry, 68*(8), 594-604.
- Joshua, K. S. & Roger, P.G. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kivlighan, D.M. (2014). Three important clinical process in individual and group interpersonal psychotherapy sessions. *American Psychological Association, 51*(1), 20-24.
- Koukourikos, K. & Pasmatzis, E. (2014). Group psychotherapy in psychotic patients. *Health Science Journal, 8*(3), 400-408. Retrieved From <http://www.researchgate.net>.
- Knox, S. & Hill, C.E. (2003). Therapist self-disclosure: Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology, 59*(5), 529-539.
- Lorentzen, S., Bakali, J. V., Hersoug, A.G., Ruud, T. & Hoglend, P. (2012). Psychodynamic group psychotherapy: Impact of group length and therapist professional characteristics on development of therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(5), 420-433.
- Marmarosh, C. L., & Sproul, A. (2021). *The psychology of groups: Group cohesion: Empirical evidence from group psychotherapy for those studying other areas of group work*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Matthias, E., & Alf, G. (2014). *Psychoanalytic psychotherapy: A hand book*. New York: Karnac Books.
- Martha, S. (2016). *How does psychotherapy work*. International psychotherapy institute. United States of America. Retrieved From <http://www.ijp.org.uk>.
- Pingitore, F.R.B. (2015). Exploring the experiences of adolescents participating in interpersonal group psychotherapy. (Doctoral dissertation, The University of Rhode, Island.) Retrieve from <http://core.ac.uk/download/pdf/56697369>



- Piper, W.E., Joyce, A.S., Weideman, R. & Rosie, J.S. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 116-25.
- Riches, S., Schrank, B., Brownell, T., Slade, M., & Lawrence, V. (2020). Therapist self-disclosure in positive psychotherapy for psychosis. *Clinical Psychology Forum, 2020* (327), 14-21. Retrieved from <https://nottingham-repository.worktribe.com/output/3776787>
- Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing drop out from individual psychotherapy: a literature review. *Psychotherapy Research, 23*(4), 394-418.
- Rutan, J.S., Walter, N.S. & Joseph, J.S. (2007). Psychodynamic group psychotherapy: Therapeutic factor in group psychotherapy. (4th ed.). New York: Guilford.
- Sanaa, A., Samir A., Mona R, Salwa E., & Rania M. (2010). Therapeutic factor ingroup psychotherapy: A study of Egyptian drug addicts. *Journal of group in addiction & recovery 5*(3-4), 194-213.
- Senaboonyarit, B. (2013). Learner's awareness of Yalom's therapeutic factors in group psychotherapy demonstration of the Thai association psychotherapists. *J Psychiatr Assoc Thailand; 58*(2), 197-206.
- Senaboonyarit, B. & Chaowasilt, P. (2015). The Yalom's therapeutic factor using in long term group psychotherapy after premature drop out: pilot study: Proceedings of International Symposium on Social Sciences and Management Conference (pp.494-500) Tokyo, Japan.
- Senaboonyarit, B. (2016) Long-term Group and Premature Drop out Groups in Psychotherapy: Yalom's 'Here and Now' Techniques. *Universal Journal of Psychology, 4*(5), 215-221.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 637-645.
- Sharon, Ziv-B., Giora, K., Elad, L., Patrick, S. M., & Golan S. (2016). Immediate therapist self-disclosure bolsters the effect of brief integrative psychotherapy on psychiatric symptoms and the perceptions of therapists: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research, 27*(5), 1-13. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *America Psychological Association, 65*(2), 98-100.
- Sue, A.E. (2009). Therapeutic factors in group counseling: Implications for audiologic rehabilitation. *Perspectives on Aural Rehabilitation and Its instrumentation, 16* (1), 15-28.
- Therapistaid.com (2016). Dealing with dropout: client retention. Retrieved from [http://www.Therapistaid. Com/therapy-guide/client-dropout](http://www.Therapistaid.Com/therapy-guide/client-dropout).
- Walter, V., & Maarten, V. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *Eur Eat Disord Rev, 17*(3), 177-183. doi: 10.1002/erv.917.



Wheeler, K. (2014). Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse: how to guide for evidence based practice. USA: Springer.

Winger, S.J. (2010). Hope: The essential therapeutic factor. (Master's thesis), The Adlerian Counseling and Psychotherapy, USA). Retrieved from <http://www.alfredadler.edu>.

Yalom, I.D., & Leszcz M. (2005). The theory and practice of group psychotherapy. (5th ed.) New York: Basic Books.

การเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือประชาคมอาเซียนใน การจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงวัยอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม

Enhancement of Health Literacy among the Elderly according to the ASEAN

Community cooperation for the Establishment of the ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI

Received: April 27, 2021

Revised: July 1, 2021

Accepts: July 5, 2021

ลัญชณา พิมพันธ์ชัยบุญ (พย.ม)¹, รัชพร ศรีเดช (พย.ม)²

Lunchana Phimphanchaiyaboon (M.N.S.), Rutshaporn Sridet (M.N.S.)

บทคัดย่อ

บทความทางวิชาการฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือประชาคมอาเซียนในการจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงวัยอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ACAI) โดยมีภารกิจหลักเพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบบูรณาการทุกด้าน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีงานทำ มีเงินออมในวัยเกษียณ และส่งเสริมพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุให้มีสังคมร่วมกันอย่างไม่ทอดทิ้งกันบนบั้นปลายชีวิต โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคาดหวังจะทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุสามารถพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุจะมีการพัฒนา ได้รับทั้งความรู้ ข่าวสาร เทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะทางด้านการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่บุคคลรอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ มีความมั่นคงในวัยเกษียณ ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างภาคภูมิใจและมีคุณค่าในตัวเอง

คำสำคัญ: การเสริมสร้าง, ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

Lecturer, Faculty of Nursing, Siam University

Corresponding author: maylunchana@hotmail.com

² อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

Lecturer, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi



Abstract

The purpose of this academic paper is intended to enhance the health literacy of the elderly under the commitment to establish the ASEAN Center for active Aging Society and Innovation (ACAI). The key mission of ACAI is to improve the quality of life for the elderly in all aspects through integrated health care system development, promote older workforce and elderly saving and to create aging participation and social connectedness with the community. According to the guidelines of department of health, Ministry of Public Health, the elderly will be upgraded for their knowledge, news and information technology by encouraging the elderly to acquire health information technology skills, improving knowledge and understanding of their own health and also making appropriate decision on alternative health care as well as communicate health information to others effectively. In conclusion, the elderly will be help to improve physical, mental and security in their retirement age to be able to move forward with pride and self-esteem.

Keywords: Enhancement, Health literacy, Elderly

ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การสหประชาชาติ ได้ประเมินสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุว่าปี 2544 - 2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก องค์การสหประชาชาติได้ให้คำนิยามผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปและได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ 2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากร

อายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ 3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2567 - 2568 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เป็นประเทศที่สองของอาเซียน รองจากสิงคโปร์ และในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุจำนวน 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นวัยผู้สูงอายุ และที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป จะมีมากถึง 3,500,000 คน

(สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง เช่น งบประมาณของรัฐบาล การจ้างงาน ผลผลิตภาพของแรงงาน ผลต่อตลาดผลิตภัณฑ์และบริการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเป็นประเด็นที่ภาครัฐให้ความสำคัญ จึงได้กำหนดนโยบาย แผนงานและมาตรการต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุรวมทั้งช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาวขึ้นสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ (เกษรา โพธิ์เย็น, 2562)

ทั้งนี้การคาดการณ์ว่าโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ นั้น แต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม เช่น ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางด้านการแพทย์ อาหารและโภชนาการ ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยจึงได้ร่วมมือกับประเทศอาเซียน ด้านการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ (Active Ageing) จนเป็นที่มาของการจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงวัยอย่างมีศักยภาพ และนวัตกรรม (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) ในประเทศไทยในเวลาต่อมา (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

การจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงวัยอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) ในประเทศไทย

ประเทศไทยได้ส่งเสริมความร่วมมือด้านการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ (Active Ageing) ในภูมิภาคอาเซียน เพราะตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว และมีการเตรียมการรองรับการเป็นสังคมสูงวัยโดยสร้าง

มาตรการความมั่นคงทางด้านต่าง ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสูงวัยอย่างมีพลัง อันเป็นที่มาของการจัดตั้งศูนย์ ACAI ในเวลาต่อมา ในการประชุมสุดยอดอาเซียน ผลการประชุมสรุปเบื้องต้นได้ว่า ประเด็นที่ควรนำไปขับเคลื่อนผ่านศูนย์ ACAI มี 4 ประเด็นหลักได้แก่เรื่อง 1) การออมระบบประกัน 2) การดูแลระยะยาว 3) การดูแลปฎิรูปภูมิ โดยเน้นการดูแลในชุมชน และ 4) การพัฒนาฐานข้อมูล Data center หรือ Data management เพื่อนำ ไปใช้พัฒนานโยบายและระบบบริการ

ประเทศไทยได้จัดตั้งศูนย์ ACAI โดยแสดงจุดยืนของประเทศในการสนับสนุน การสร้าง “ความยั่งยืน” ให้กับประชาคมอาเซียนทั้ง 10 ประเทศ คือ ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ มาเลเซีย อินโดนีเซีย บรูไน เวียดนาม ลาว เมียนมา กัมพูชา และไทยที่มีประชากรรวม 650 ล้านคน รวมกับประเทศจีน ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ หรือ “อาเซียน + 3” ดังใจความว่า “อาเซียนจำเป็นต้องมีกระบวนการทัศน์ใหม่สำหรับการเติบโตทางเศรษฐกิจที่มีพลวัต มีความยั่งยืน และครอบคลุมทุกภาคส่วน ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาทุนมนุษย์และรักษาสภาพแวดล้อมควบคู่กันไป” แนวทางที่เป็นองค์รวมในการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน ครอบคลุมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านสังคมและด้านสาธารณสุข 2) การเพิ่มพูนศักยภาพทางเศรษฐกิจ และ 3) การเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยซึ่งรวมถึงการพัฒนาอารยสถาปัตย์ และนำวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ที่จะส่งเสริม



การพึ่งตนเอง และสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ อันจะนำไปสู่เป็นประชาคมอาเซียนที่เอื้ออาทรและแบ่งปัน

ศูนย์ ACAI นี้มีพันธกิจในการทำหน้าที่หลักอยู่ 5 เรื่อง ที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินความร่วมมือในด้านผู้สูงอายุระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนและหุ้นส่วนต่าง ๆ ทั้งในภูมิภาคและระหว่างประเทศ ได้แก่ 1) เป็นศูนย์กลางความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2) ให้คำแนะนำเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการส่งเสริมสูงอายุที่มีศักยภาพ 3) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 4) การวิจัยการพัฒนา และการสร้างนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 5) ติดตามพัฒนาการของสังคมผู้สูงอายุในอาเซียน การมีศูนย์ ACAI ในประเทศไทย จึงเป็นที่คาดหวังว่าจะทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุสามารถพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุจะได้รับทั้งความรู้ ข่าวสาร และเทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ มีความมั่นคงในวัยเกษียณ เพื่อก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุได้อย่างภาคภูมิใจ และมีคุณค่าในตัวเอง แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะทางด้านการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่บุคคลรอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามพันธกิจของศูนย์ ACAI ที่จะพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุทำให้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น

แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือประชาคมอาเซียนในการจัดตั้งศูนย์ ACAI

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามพันธกิจการจัดตั้งศูนย์ ACAI ที่จะพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อให้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งใช้กรอบแนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบไปด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเสริมสร้างทักษะความรู้ การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารโต้ตอบ การเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ และการเสริมสร้างทักษะการบอกต่อข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม โดยจะต้องทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความรู้ มีความเข้าใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถชี้แนะข้อมูลเรื่องสุขภาพในการดูแลตนเองที่ถูกต้องแก่บุคคลอื่นได้ กล่าวคือผู้สูงอายุจะต้องมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะการโต้ตอบซักถามข้อมูลหากมีข้อสงสัย สามารถตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถบอกต่อข้อมูลที่ถูกต้องแก่บุคคลอื่นได้ ซึ่งทักษะเหล่านี้ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ แนวทางสร้างเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพมีดังนี้

1. เสริมสร้างทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับตนเอง ซึ่งมีหลากหลาย ทั้งในสื่อเทคโนโลยี Social Media ต่าง ๆ เช่น Facebook, YouTube, Line และ Google เป็นต้น ในแหล่งสื่อหลัก เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อมีเดียระดับพื้นที่ รวมถึง แหล่งความรู้จากสถาบัน หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนด้านสุขภาพ เป็นต้น ทักษะด้านการรับรู้และสามารถค้นหาข้อมูลจากแหล่งบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองมีความสำคัญ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่สามารถค้นหา และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้จะทำให้มีข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความเข้าใจ ของตนเองได้น่าเชื่อถือมากขึ้น ลักษณะกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เช่น จัดทำ website สุขภาพที่น่าเชื่อถือ การใช้ mobile health technology และ applications รวมถึง wireless devices ในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การจัดสิ่งสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างเพียงพอและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2. เสริมสร้างทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีทักษะการอ่าน และการฟังข้อมูลข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถอธิบาย ตีความ ขยายประเด็น ได้ตอบคำถาม และตัดสินใจในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ที่จะนำไปปฏิบัติในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ลักษณะกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

เช่น การจัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการในการดูแลสุขภาพ และปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. เสริมสร้างทักษะการสื่อสาร ได้ตอบคำถามในสิ่งที่สงสัย หรือยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม นั่นก็คือการสร้างเสริมทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ ส่งเสริมให้มีการซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อสงสัยและบอกเล่าเรื่องราวสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูล การปฏิบัติตัว และการรับบริการสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของตนเอง ผู้สูงอายุบางท่านอาจจะคิดว่าตนเองไม่มีปัญหา หรือบางท่านมีความรู้ไม่เพียงพอ จึงไม่ซักถามผู้รู้เมื่อเกิดข้อสงสัยทำให้การรับรู้ข้อมูลสุขภาพอาจเข้าใจไม่ถูกต้อง และนำส่งข้อมูลที่ไม่ถูกต้องออกไป ดังนั้น การซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อสงสัยและบอกเล่าเรื่องราวอย่างมีประสิทธิภาพจะมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเหมาะสม ลักษณะกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการส่งเสริมการโต้ตอบ ซักถาม เช่น การส่งเสริมการพัฒนาทักษะด้านการรู้หนังสือ (Literacy skills) คือ ฟัง พูด อ่าน เขียน และคำนวณตัวเลข สร้างพื้นที่เพื่อให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพโดยใช้ Social media หรือชุมชนสื่อสารออนไลน์

4. เสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุได้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตัวเองให้ห่างไกลจากโรคภัยต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วย หลักสำคัญคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เมื่อเกิด



การเจ็บป่วยกระทันหันโดยที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ในชีวิตมาก่อน ผู้สูงอายุมีแนวทางในการเลือกวิธีการรักษาที่แตกต่างกันไป ซึ่งการเลือกและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสม มาจากการที่ผู้สูงอายุได้เปรียบเทียบกับผลดี - ผลเสียภายใต้ข้อมูลที่มีอยู่ได้อย่างมีเหตุผลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและทำตาม สามารถกำหนดทางเลือก/หลีกเลี่ยง หรือปฏิเสธ เพื่อเลือกวิธีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี ลักษณะกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการส่งเสริมการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เช่น การจัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการในการดูแลสุขภาพ และปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง

5. เสริมสร้างทักษะการบอกต่อข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง ปราศจากโรค อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องตามความรู้ทางสุขภาพแล้ว จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุถ่ายทอด และบอกต่อข้อมูลการดูแลสุขภาพของตนเองให้กับผู้อื่น และเป็นการสร้างแรงจูงใจเป็นแบบอย่างที่ดี ในการเผยแพร่ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรง เพื่อให้บุคคลรอบข้างเกิดความตระหนัก และเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง ลักษณะกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการส่งเสริมการบอกต่อข้อมูลในการดูแลสุขภาพ เช่น จัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้องทางเว็บไซต์ หรือสื่อรูปแบบอื่น มีการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพออนไลน์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นวิธีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ตามพันธกิจของศูนย์ ACAI คือเป็นศูนย์กลางการดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อให้ระบบการดูแลสุขภาพดีขึ้น ดังนั้น หากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุสามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้นั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังสามารถต้านทานหรือจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ผู้สูงอายุจะมีภูมิต้านทานด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และพึงพาระบบบริการสุขภาพน้อยลง (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) ผลลัพธ์ที่ได้จากการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพ รู้วิธีการสืบค้นข้อมูล เลือกสรรข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองมากขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในการเลือกแหล่งข้อมูล สอนเทคนิควิธีการสืบค้นข้อมูล และวิธีการเลือกสรรข้อมูลสุขภาพที่ต้องการ

2. ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถอธิบาย ตีความ ขยายประเด็นโต้ตอบซักถาม และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถเข้าถึงข้อมูล

เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องโรค อาการ โรคแทรกซ้อน การติดต่อ วิธีป้องกัน และการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพ

3. ผู้สูงอายุสามารถบอกเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันโรคแก่ผู้อื่น และโต้ตอบซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พร้อมทั้งพูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง โดยข้อมูลที่บอกต่อตรงกับความเป็นจริง มีความน่าเชื่อถือตามหลักวิชาการเพื่อให้ผู้รับสารได้รับข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง โดยส่งเสริมให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอ และการบอกเล่าเรื่องราวข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในดูแลสุขภาพของตนเองให้แก่ผู้อื่นได้

4. ผู้สูงอายุสามารถเปรียบเทียบผลดี - ผลเสียภายใต้ข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ได้อย่างมีเหตุผลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและทำตาม กำหนดทางเลือกและหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธ เพื่อเลือกวิธีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีแสดงทางเลือกที่เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมหรือชุมชนและสังคมโดยการแสดงข้อมูลเพื่อหักล้างความเชื่อรวมทั้งความเข้าใจผิดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมกับความรู้หลักวิชาการประสบการณ์ที่ดี

5. ผู้สูงอายุสามารถอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้ผู้อื่นเข้าใจ สามารถเผยแพร่ข้อมูลให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและเทคนิคในการถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองให้ผู้อื่น ผ่านช่องทาง วิธีการและจริยธรรม ในการเผยแพร่ข้อมูล/ประสบการณ์ ได้อย่างถูกต้อง

6. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในการดูแลตนเองทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ และมีความมั่นคงในวัยเกษียณ นอกจากจะเป็นการดูแลตนเองที่ถูกต้องตามความรู้ทางสุขภาพแล้ว การบอกต่อข้อมูลการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ โดยผู้มีประสบการณ์ให้กับผู้อื่นยังมีความสำคัญและจำเป็นต่อการสร้างแรงจูงใจเป็นแบบอย่างที่ดี รวมถึงการเผยแพร่ประสบการณ์หรือข้อมูลความรู้ให้กับผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความตระหนักต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการปรับวิธีการให้ความรู้หรือการจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ

2. บุคลากรทีมสุขภาพควรพัฒนารูปแบบสื่อการสอนต่าง ๆ และวิธีการให้ข้อมูลทางสุขภาพโดยใช้เนื้อหาและคำพูดที่เข้าใจง่าย ไม่ใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ซึ่งยากต่อการเข้าใจของผู้สูงอายุ อธิบายตรงประเด็นอย่างสั้นและชัดเจน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน สถานประกอบการและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สสรส.).



กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.).

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). หลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.).

เกษรา โพธิ์เย็น.(2562). สังคมผู้สูงอายุ : โอกาสของธุรกิจที่ยั่งยืนในอนาคต. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์. ปีที่ 21 (1),201- 209.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรม กุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ปีที่ 9(2),1-8.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.(2563).

รายงานสุขภาพคนไทยสองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ.(2563). รับมือสังคมสูงวัย: ไทยตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ACAI). [ออนไลน์].สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2563, จาก

https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2020/thai2020_22.pdf .-

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562).

รายงานการศึกษาข้อสมมติเพื่อใช้ในการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

“คุณธรรมนำปัญญา พัฒนาความรู้

มุ่งสู่บริการ ผดุงมาตรฐานวิชาชีพ”

