



การพัฒนาาระบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียนในถิ่นทุรกันดาร เขตชายแดนไทย-ลาว

สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.*

เอื้อมพร ทองกระจาย ศศ.ด.**
พรทิพย์ บุญพวง วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)***ดลวิวัฒน์ แสนโสม พย.ม.***
พิเชษฐ เรืองสุขสุด พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีมุ่งพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียนใน 7 โรงเรียน ตำรวจตระเวนชายแดนในถิ่นทุรกันดาร ตามตะเข็บชายแดนไทย-ลาว เริ่มจากการประเมินสุขภาพนักเรียน และบริการสุขภาพที่นักเรียนได้รับติดตามเยี่ยมบ้านนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งนักเรียนและผู้ปกครอง ร่วมกับการสังเกตสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนโดยครอบครัว หลังจากนั้นได้นำเสนอปัญหาและความต้องการในการพัฒนาสุขภาพเด็กต่อที่ประชุมผู้นำชุมชน และผู้ปกครอง เพื่อร่วมวิเคราะห์สาเหตุและกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพนักเรียน และได้นำข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียน มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ครู ทีมสุขภาพ และนักวิจัย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกสุขภาพนักเรียน แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและแนวคำถามในการจัดประชุมในชุมชน นอกจากนี้ยังได้ศึกษาจากเอกสารบันทึกสุขภาพย้อนหลัง การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ร่วมกับชุมชนตลอดการวิจัย

จากการตรวจสุขภาพนักเรียนทั้ง 7 โรงเรียน พบว่า มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ แม้พื้นที่ศึกษานี้มีความอุดมสมบูรณ์ และจากการประชุมหมู่บ้านได้สรุปร่วมกันว่า ปัญหานี้เกิดจากสาเหตุที่หลากหลาย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ได้แก่ ฟันผุ เป็นเหา มีพยาธิ ร่วมกับการมีสุขอนามัยไม่ดี ไม่สวมรองเท้า ผู้ปกครองขาดความสนใจเป็นตัวอย่างในการนิยมรับประทานอาหารดิบและพาเด็กมารับประทาน

การปฏิบัติการร่วมระหว่างชุมชน โรงเรียน ศูนย์สุขภาพชุมชนและคณะผู้วิจัย โดยให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและเด็กโดยมีคู่มือที่สร้างขึ้นจากความต้องการของชุมชนเป็นสื่อ สร้างความเข้าใจด้วยการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง สร้างแกนนำนักเรียนและแกนนำกลุ่มแม่บ้านรวมถึงผู้ดูแลเด็กโดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติจนสามารถแนะนำนักเรียนได้ นอกจากนี้ยังมีการร่วมกันสรุปผลการดำเนินงานทุก 2 เดือน เพื่อกำหนดแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งนักเรียนและผู้ปกครอง

หลังการดำเนินงาน 1 ปี พบว่า นักเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงเล็กน้อย แต่ปัญหาที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด คือ การเป็นพยาธิและเหา เนื่องจากการตรวจและรักษา อย่างไรก็ตามผู้วิจัยและชุมชน เห็นว่าปัญหาดังกล่าวจะต้องได้รับการแก้ไขโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงเสนอแนะให้มีการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน โดยเครือข่ายแกนนำและบุคลากรด้านสุขภาพ ร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งร่วมกำหนดแผนและให้ทุนสนับสนุนการดำเนินโครงการ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยโรงพยาบาลและมีการส่งต่อข้อมูลให้โรงเรียน ผู้นำชุมชนและครอบครัวเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ถิ่นทุรกันดาร การส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

*รองศาสตราจารย์และรองผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กและเยาวชนถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า และมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่มีการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของเด็กและเยาวชนให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถพร้อมทั้งมีสุขภาพดีจึงเป็นเรื่องสำคัญ¹ การศึกษาขั้นพื้นฐานต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา มีคุณธรรมตามหลักศาสนา มีจริยธรรมขั้นพื้นฐาน ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีเจตคติที่ใฝ่เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข²

โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นโรงเรียนระดับประถมศึกษา เปิดสอนตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่านักเรียนมีสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ไม่ดี มีฐานะยากจน ขาดแคลนอาหารและปัจจัยต่างๆ ขาดบริการสาธารณสุข การบริการสุขภาพเข้าถึงไม่เพียงพอ รวมทั้งมีการเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งจากการตรวจสุขภาพโดยทีมผู้วิจัย พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นโรคฟันผุ เป็นโรคเหา โรคพยาธิและโรคขาดสารอาหาร³ โรงเรียน ตชด. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงเป็นสถาบันหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญใส่ดูแลเด็กทั้งด้านการให้ความรู้ทางวิชาการและการส่งเสริมสุขภาพควบคู่กันไป เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ โดยการสนับสนุนให้เด็กรวมทั้งผู้ปกครอง ครู ครอบครัวยุคใหม่และชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจกรรม และค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพให้กับนักเรียน เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตในการที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและเพื่อทำงานเชิงบูรณาการเกิดเป็นพหุภาคีในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนด้วย^{4,5}

การส่งเสริมสุขภาพ การปลูกฝังเจตคติ และเสริมสร้างทักษะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนในช่วงการศึกษาทุกระดับให้ดีขึ้น เพื่อที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต สามารถกระจายการดูแลสุขภาพ กลับสู่ชุมชนได้ด้วยการเสริมศักยภาพการเรียนรู้และทักษะให้กับนักเรียนทุกคน โดยการสนับสนุน

ให้เด็กนักเรียน รวมทั้งครู ครอบครัวยุคใหม่และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กวัยเรียน เพื่อเป็นแนวทางในการปลูกฝังและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน และเกิดเป็นพหุภาคีในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนด้วย คณะผู้วิจัยจึงนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม^{6,7,8} มาพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนในถิ่นทุรกันดาร โดยนำการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม^{9,10} มากระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนร่วมประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนักเรียน กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและร่วมสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนในถิ่นทุรกันดารโดยการระดมแนวคิดของผู้ปฏิบัติและผู้ที่มีส่วนร่วม ได้แก่ บ้าน โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) วัด องค์การบริหารส่วนตำบล ตำรวจตระเวนชายแดน สถาบันการศึกษา และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพ เพื่อให้เกิดความตระหนักและเข้าใจปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นรวมทั้งสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองมองเห็นความสำคัญของปัญหา มีส่วนร่วมในการคิดหาแนวทางแก้ไขและกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพเด็กในถิ่นทุรกันดารให้ดีขึ้นและมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและประเมินปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน
2. เพื่อศึกษากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนในถิ่นทุรกันดาร
3. เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมแก่นักเรียนโดยชุมชนมีส่วนร่วมนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนในถิ่นทุรกันดาร โดยต้องการพัฒนาให้เกิดการประสานการทำงาน และสนับสนุนกันระหว่างบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ



เด็กนักเรียน ได้แก่ เด็กนักเรียน ครู กรรมการการศึกษา ครอบครัวยุทธศาสตร์ชุมชน วัด องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพทั้งในระบบของรัฐและในระบบ บ้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านสิ่งแวดล้อม ในการพัฒนาจะยึดหลักการ อนุรักษ์วิถีชีวิตขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม ที่ดีงามของท้องถิ่น

คณะผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) เป็นวิธีดำเนินการวิจัย และใช้วิธีการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหลักในการรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อย การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก นอกเหนือจากนั้น ผู้วิจัยยังได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากการบันทึกจำนวนเด็กนักเรียนด้านการเจ็บป่วย และผลการตรวจร่างกาย มาร่วมเป็นข้อมูลป้อนเข้า (Input) สู่การประชุมหมู่บ้าน เพื่อถอดบทเรียนจากผู้มีประสบการณ์ และค้นหาศักยภาพ หาทุนทางสังคม มาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำเข้าพิจารณาและเรียนรู้ร่วมกันในการประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาที่มีอยู่เดิม และใช้ทรัพยากรจากท้องถิ่น เพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าการพัฒนาจะเกิดขึ้นทั้งระบบต้องอาศัยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ และร่วมกันสร้างข้อตกลง ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมดำเนินงาน และร่วมแบ่งปันความสุขอันจะเกิดแก่เด็กนักเรียนซึ่งเป็นที่รักและความหวังของทุกฝ่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) โดยใช้การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการหลักในการกระตุ้นให้ชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชน จากฐานประสบการณ์ชุมชนและข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

พื้นที่ศึกษา เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง คือ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนพื้นที่อำเภอนายูง

และอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 4 โรงเรียน จังหวัดหนองคายจำนวน 3 โรงเรียน ซึ่งลักษณะที่ตั้งของโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ห่างไกลการคมนาคม เปิดสอนตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจน ผู้ร่วมวิจัย (Participants) หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอนายูง อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี และเขตอำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงเรียนที่เลือกเป็นพื้นที่ศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ เด็กนักเรียน 502 คน ครูซึ่งเป็นตำรวจตระเวนชายแดนที่ทำหน้าที่เป็นครูใน 7 โรงเรียนนี้ 48 คน กรรมการการศึกษา 7 โรงเรียน 88 คน ผู้ปกครองจาก 7 หมู่บ้าน 175 ครอบครัว พระสงฆ์จากวัดในหมู่บ้านเมืองทอง 1 รูป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มแม่บ้าน 22 คน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 14 คน เจ้าหน้าที่จากสถานบริการสุขภาพ 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกภาวะสุขภาพนักเรียนซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากบัตรบันทึกสุขภาพนักเรียนของกระทรวงศึกษาธิการ (สศ.3) สำหรับบันทึกจำนวนเด็กที่ป่วย ข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจสุขภาพ การตรวจร่างกาย การประเมินการเจริญเติบโต การวัดสายตา การตรวจการได้ยิน 2) แนวคำถามการเจาะเวทีประชุมจากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ การประเมินภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การกำหนดกลยุทธ์ด้านการบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ 3) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาศักยภาพและหาทุนทางสังคม 4) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้กรอบการสัมภาษณ์และการสังเกตครอบคลุมตามประเด็นที่กำหนดคล้ายกับการเจาะเวทีประชุม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ประเมินภาวะสุขภาพนักเรียน ค้นหาปัญหาและเรียนรู้ร่วมกัน คือ 1) ประสานงานกับผู้นำหรือผู้ประสานงานของแต่ละโรงเรียน แนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลสุขภาพ ปัญหาสุขภาพนักเรียนและค้นหาข้อมูลของกลุ่มในด้าน



ต่าง ๆ ทั้งจากเอกสารและการสัมภาษณ์ลึกลับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ตำรวจตระเวนชายแดน เพื่อให้ได้แนวทางในการประชุมเวทีระดับหมู่บ้าน 2) คณะผู้วิจัยร่วมกับทางโรงเรียนได้ประเมินสภาพโรงเรียน สภาพการจัดการเรียนการสอน สิ่งแวดล้อม เพื่อนำข้อมูลในการอธิบายปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียน และเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยผู้วิจัยสำรวจและศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของโรงเรียน ตั้งแต่ลักษณะทางกายภาพ แหล่งทรัพยากร ข้อมูลด้านสุขภาพของนักเรียน ข้อมูลจากเอกสารแบบบันทึกภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของนักเรียน รวมทั้งติดต่อผู้นำหรือบุคคลสำคัญของชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุตรหลานในชุมชน 3) นักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการอบรมโดยผู้วิจัยประเมินสุขภาพนักเรียนและตรวจสุขภาพทั่วไปของนักเรียนและลงในแบบบันทึกสุขภาพกรณีที่ตรวจพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพได้ให้การดูแลเบื้องต้นโดยพยาบาลและมีการส่งต่อในกรณีที่ต้องการดูแลรักษาโดยแพทย์ ติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพเพื่อประสานงานการดูแลกับผู้ปกครอง 4) จัดเวทีชาวบ้านเรียนรู้ร่วมกัน โดยให้ตัวแทนแต่ละองค์การที่สมัครใจเป็นผู้แทนสมาชิกองค์การเข้าร่วมประชุม อภิปรายแนวคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ที่เคยดำเนินการมาในการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน และร่วมกันกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็ก รวมทั้งศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กนักเรียนควบคู่ไปกับการให้ความรู้แก่ชุมชน โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ด้วยการอภิปรายปัญหา แลกเปลี่ยนและระดมความคิดเห็นของชุมชน มาประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติและมีส่วนร่วมและการกำหนดแนวทางในการประสานงานร่วมกันในการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพ ค้นหาอาสาสมัครเพื่อร่วมกันดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน 5) สรุปผลการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล การปฏิบัติงานและร่วมประชุมกับกรรมการโรงเรียนเพื่อประเมินสภาพปัญหาและการดำเนินงาน 6) วิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อจัดทำแผนการการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน

ระยะที่ 2 สร้างเครือข่ายพหุภาคีการทำงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียน การสร้างเครือข่ายการทำงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียนเกิดจากการประชุมร่วมกันของคณะทำงานและผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ คือ 1) การประชุมร่วมกับครู กรรมการศึกษาและกรรมการชุมชน เพื่อสร้างความคุ้นเคย กำหนดวัตถุประสงค์การทำงานร่วมกัน ประเมินความต้องการด้านการพัฒนาสุขภาพ โดยมีผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ 2) การจัดเวทีชาวบ้าน เพื่อสร้างเครือข่ายภาคประชาชน เป็นการนัดประชุมร่วมกันระหว่างผู้ร่วมวิจัย ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมมองเห็นปัญหาที่แท้จริง และสามารถมองเห็นความจำเป็นเร่งด่วนของปัญหาที่ต้องแก้ไขและพัฒนา 3) การจัดเวทีประชาคมชาวบ้านเพื่อประสานการดูแลจาก อสม. กลุ่มแม่บ้าน และผู้นำนักเรียน จัดเวทีชาวบ้านรอบที่ 2 เพื่อร่วมอภิปรายปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน คือ จัดเวทีประเมินผลร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ทั้งจากโรงพยาบาล ชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นคณะกรรมการการศึกษา ครู และตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน อสม. จังหวัดละครั้ง เพื่อสรุปองค์ความรู้ที่ได้ สรุปแนวทางการบูรณาการองค์ความรู้ที่ได้และเสนอแนะแนวทางการระดมทุนทางสังคม ที่เป็นทั้งคน วัฒนธรรม และทรัพยากรอื่น ๆ มาใช้พัฒนาต่อ สรุปรูปแบบการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนในถิ่นทุรกันดารที่มีลักษณะองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยทำไปพร้อม ๆ กัน ในแต่ละครั้ง หลังการจัดเวทีการประชุม และการสัมภาษณ์ลึกลับ นำเสนอข้อมูลต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ตำรวจตระเวนชายแดน เพื่อตรวจสอบและยืนยันว่าข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลตรงกัน ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) คือ การประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลมาระบุหัวข้อ หรือระบุความหมายและพรรณนากลยุทธ์ด้านการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยการระดมแนวคิดของ



ผู้ปฏิบัติและมีส่วนร่วม แนวทางในการประสานงานร่วมกันในการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพ และกำหนดแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

จริยธรรมในการวิจัย โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ลำดับที่ 4.1.01: 11/2549 เลขที่ HE490941 เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

ผลการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียน

1.1 เด็กนักเรียนมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากการชั่งน้ำหนักและเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย พบว่า เด็กวัยเรียนมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และมีภาวะขาดสารอาหาร จำนวน 27 คน ร้อยละ 5.39 และจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม พบว่า เด็กนักเรียนไม่ชอบรับประทานอาหารเช้า ชอบรับประทานขนมรสหวาน ๆ และบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่ผสมเครื่องปรุงโดยไม่ต้องต้ม นอกจากนั้นเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารยังพบว่ามีความเครียดและสุขภาพส่วนบุคคลไม่ดี และนอกจากนั้นยังพบเด็กนักเรียนมีน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีเด็กนักเรียนส่วนหนึ่งที่มีน้ำหนักเกินหรือเด็กอ้วน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1 โดยพบในบางโรงเรียน ๆ ละ 1 คน

1.2 ความผิดปกติด้านสายตาและการได้ยิน จากการตรวจสุขภาพนักเรียน โดยทดสอบสายตาด้วย snellen chart และตรวจการได้ยินโดยการพูดคุ้ยพบว่า การได้ยินของนักเรียนทุกคนเป็นปกติ มีนักเรียนที่มีสายตาผิดปกติ จำนวน 5 คน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอบึงกาฬ แต่ไม่พบนักเรียนสวมแว่นสายตา เนื่องจากไม่มีเงินในการจัดหาแว่น

1.3 สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี จากการตรวจสุขภาพเบื้องต้น พบว่า เด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีปัญหาสุขวิทยา ร้อยละ 10.2 และเด็กนักเรียนหญิงเป็นเหา และมีผื่น ร้อยละ 7.9 เท่ากัน จากการสังเกตเด็กพบว่า เด็กสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่ค่อยสะอาด ปัญหาเรื่องความสะอาดของร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ มีขี้โคลเหา ฟันผุ

ความสะอาดของเสื้อผ้า แผลพุพอง เล็บยาว จากการซักถามข้อมูลการรักษาความสะอาดร่างกายพบว่าเด็กส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของตายาย พ่อแม่ออกไปรับจ้าง เด็กจะอาบน้ำเอง ส่วนใหญ่จะอาบน้ำวันละ 1 ครั้งในตอนเย็น แปรงฟันวันละ 1 ครั้งตอนเช้า สระผมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง

1.4 ฟันผุและมีคราบหินปูนเกาะ จากการตรวจฟัน พบว่า ปัญหาที่มาเป็นอันดับที่ 1 คือ ฟันผุและมีคราบหินปูนเกาะ จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 49.9 ส่วนมากเป็นฟันน้ำนม ซึ่งเด็ก ๆ จะเห็นเป็นเรื่องปกติ ไม่ต้องรักษา เนื่องจากเป็นฟันน้ำนม ซึ่งเมื่อหลุดแล้วจะมีฟันแท้เกิดมาทดแทนอีก การแปรงฟัน พบว่า บางโรงเรียนมีสถานที่แปรงฟันให้ แต่พบว่าหลายแห่งไม่มี ทางโรงเรียนมีการกระตุ้นให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารเที่ยง แต่จากการสังเกตส่วนมากพบว่า เด็กยังแปรงฟันไม่ถูกวิธี และมีบางคนไม่ยอมแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวัน ชอบรับประทานลูกอมหรือขนมที่มีน้ำตาลมาก แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ซึ่งเด็กที่มีฟันผุส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 5-8 ปี

1.5 เหา นักเรียนหญิงส่วนใหญ่มีเหาพบทั้งที่เป็นตัวเหาและเป็นไข่เหา เนื่องจากไม่ชอบสระผม สระผมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง จึงเกิดการแพร่กระจายของเหา และจากการสังเกต เด็กจะเกาหัวตลอดเวลา บริเวณหนังศีรษะมีผื่นหรือตุ่มแดง

1.6 โรคผิวหนัง ซึ่งเป็นผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน พบว่า เด็กนักเรียนมีแผลพุพองร้อยละ 2.8 เนื่องจากชุมชนมีการปลูกข้าวโพด ข้าว ยางพารา และใช้ยาฆ่าหญ้า ยาคุมหญ้า ยาฆ่าแมลง ซึ่งขณะฉีดพ่นยาไม่มีการใช้เครื่องป้องกัน หลังฉีดพ่นยาไม่มีการล้างมือ อาบน้ำ ภาชนะบรรจุสารเคมีทิ้งไม่เป็นที่ เครื่องฉีดพ่นหลังใช้เก็บไม่เป็นที่ไม่ห่างมือเด็ก บางคนเก็บไว้ในครัว เด็กไปสัมผัสเครื่องฉีดพ่น ภาชนะบรรจุ แล้วไม่ล้างมือหรือทำความสะอาด ทำให้เกิดผื่น ถ้ามีอาการเป็นพิษ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีลมเม่า จะแก้พิษโดยใช้ การดื่มสุราและกินมะนาว

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของนักเรียน จากการตรวจสุขภาพมีเด็กนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจึงได้มีการให้การพยาบาลเบื้องต้นและให้คำแนะนำให้ยารักษาตามอาการที่พบ ดังนี้ 1) ปัญหาเรื่องฟันผุได้มีการแก้ไขโดยการให้คำ



แนะนำการแปร่งฟันที่ถูกต้องอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง การสาธิตการแปร่งฟันที่ถูกวิธีทั้งจากการแสดงหุ่นมือ การเล่นเกม และให้นักเรียนแปร่งฟันให้ดู นอกจากนี้ยังได้มีการประสานงานกับหน่วยงานทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อดำเนินการขูดหินปูนและอุดฟันให้กับเด็ก 2) ปัญหาภาวะน้ำหนักตัวน้อย สำหรับการแก้ไขเด็กที่มีน้ำหนักน้อยได้มีการประสานงานกับทางโรงเรียน ผู้ปกครองและหน่วยงานสาธารณสุข โดยทางโรงเรียนมีการส่งเสริมให้เด็กดื่มนม 2 มื้อ/วัน ส่งเสริมเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีโปรตีน เช่น ปลา ไข่ เพราะที่โรงเรียนได้มีการส่งเสริมให้มีการเลี้ยงสัตว์อยู่แล้ว การให้ความรู้เรื่องสารอาหาร สำหรับผู้ปกครองให้มีการดูแลในเรื่องของอาหาร สังเกตพัฒนาการ สถานื่อนามัย มีการติดตามการซึ้นน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง ส่วนนักเรียนที่มีภาวะอ้วนได้มีการส่งเสริมและแนะนำเรื่องของการเล่นกีฬาและการออกกำลังกาย 3) ปัญหาสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี จึงได้มีการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และมีการสาธิตให้นักเรียนดู 4) ปัญหาทางสุขวิทยาส่วนบุคคลและโรคที่พบบ่อยใช้วิธีการสอน สุขศึกษารายบุคคล และรายกลุ่ม โดยมีการแจกคู่มือ การเสริมสร้างสุขภาพนักเรียนที่พัฒนาขึ้นให้ครอบคลุม ปัญหาสุขภาพที่พบ การจัดทำโปสเตอร์เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลโรคฟันผุ ซึ่งการจัดกิจกรรมมีหลากหลายรูปแบบมีทั้งการเล่นนิทานด้วยหุ่นมือ กิจกรรมสั้นทนาการ เพื่อสร้างความสนุกสนานให้นักเรียน และสอดแทรกความรู้ต่างๆ จากการทำกิจกรรม การทำความสะอาดร่างกาย การฝึกกล้ามเนื้อ การดูแลความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ การอาบน้ำ การล้างมือ เป็นต้น ผลการสอนสุขศึกษารายกลุ่ม พบว่า เด็กนักเรียนให้ความสนใจ ร่วมทำกิจกรรม และสามารถตอบคำถาม เรื่องการดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง รู้ถึงวิธีการแปร่งฟันที่ถูกวิธี และสาธิตย้อนกลับ การแปร่งฟัน การล้างมือได้ถูกต้อง และจากการตรวจสุขภาพหลังการจัดทำโครงการ 1 ปี พบว่า นักเรียนมีน้ำหนักลดลง สุขวิทยาทั่วไปสะอาดขึ้น

3. การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กนักเรียนในถิ่นทุรกันดาร เขตชายแดน ไทย-ลาว การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน เป็นสิ่งสำคัญ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ผ่านการประชุมกลุ่ม การจัดเวทีชุมชน โดยได้ร่วมกัน

กำหนดแนวทาง วางแผน ลงมือปฏิบัติและร่วมประเมินผล ซึ่งการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ มีดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดบริการตรวจสุขภาพเด็กนักเรียน การส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ โดยการประสานงานกับครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องการประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพของเด็กนักเรียน ผู้ปกครอง ชุมชน อาจารย์ การประเมินสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชน ด้านกายภาพ สังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิต 2) การจัดหาและพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาสุขภาพ ได้แก่ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนอุปกรณ์การเล่นละครหุ่นมือ โปสเตอร์ 3) การเสริมสร้างสมรรถนะนักเรียนด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ได้แก่ การรักษาพยาบาลตามปัญหาที่ตรวจพบ สอนและสาธิตการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการให้ความรู้รายบุคคล รายกลุ่ม โดยผ่านสื่อที่ผลิตขึ้นโดยมีส่วนร่วม 4) การเสริมสร้างสมรรถนะผู้นำนักเรียนในด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคล การสอน สาธิตและให้ปฏิบัติจริงในการตรวจสุขภาพนักเรียนด้วยตนเอง 10 ท่า และการบันทึกภาวะสุขภาพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อ การจัดห้องปฐมพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาภาวะผู้นำของนักเรียน และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม 5) การเสริมสร้างสมรรถนะและศักยภาพของชุมชนในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพนักเรียน ได้แก่ การสร้างความตระหนักร่วมกัน ให้มีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของปัญหา และร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยผ่านการประชุมหมู่บ้าน มอบหมายหน้าที่ประสานการดูแลระหว่างผู้นำชุมชน อสม. ผู้ปกครอง ผู้นำนักเรียน และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ปฏิบัติ ประเมินผลโครงการสุขภาพในโรงเรียน 6) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อวิถีชีวิตและสุขภาพนักเรียน ได้แก่ การลดปริมาณการใช้สารเคมีในชุมชน และส่งเสริมการใช้สารอื่นเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ส่งเสริมการลดละเลิกสุราในชุมชน การป้องกันการกระทำความรุนแรงในเด็ก การส่งเสริมสัมพันธภาพครอบครัว และการส่งเสริมระบบสุขภาพโภชนาการ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว 7) โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะ การดำเนินการโครงการพิเศษเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะ เป็นโครงการ



ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและประชาชนผู้สนใจได้ร่วมกันตัดสินใจเลือกปัญหา ร่วมคิด ร่วมค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น ๆ ซึ่งในแต่ละปัญหาได้มีการทำงานเหมือนกันบ้างและแตกต่างกันไปบ้างตามความต้องการตามศักยภาพของโรงเรียนและความสามารถของแต่ละชุมชน ได้แก่ การเสริมสร้างสุขวิทยาส่วนบุคคล โครงการฟันดี กำจัดเหาโดยการปรับวิถีชีวิตครอบครัว โครงการอาหารกลางวัน ประเมินโภชนาการติดตามเยี่ยม ส่งเสริมสุขภาพจิต ให้การปรึกษาเฉพาะราย สร้างระบบเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้อง สร้างที่ปรึกษาในชุมชน ออกกำลังกายร่วมกันแบบบูรณาการครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ตรวจรักษาหอนอนพยาธิ ธรณรงค์ ป้องกันอย่างต่อเนื่อง 8) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ได้แก่ การประสานทุนทางสังคม แนวคิด คน วัสดุอุปกรณ์ และปรับบทบาทการทำงานที่เป็นพหุภาคีในการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียนของโรงเรียน ชุมชน ศสช. สสอ. รพช. (แผนภาพที่ 1)

การอภิปรายผล

การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เกิดจากการประชุมแลกเปลี่ยนอย่างอิสระ เคารพความคิดเห็นกันและกันระหว่างครู กรรมการศึกษา กรรมการชุมชน และกลุ่มผู้วิจัย จึงเกิดการมีส่วนร่วมแบบเสริมพลังอำนาจส่งผลให้เกิดการปรับทัศนคติ สร้างความตระหนักของผู้ปกครองและประสานขอความร่วมมือจากครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพแก่นักเรียนอย่างต่อเนื่อง^{1,2} จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้นำนักเรียนมีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพในกลุ่มนักเรียน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสร้างความตระหนักและสร้างเครือข่ายการดูแลกันที่บ้าน^{12,13} เหนือสิ่งอื่นใดการวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้โดยการนำกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาดำเนินการให้เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาโรงเรียนสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ต้องดำเนินการไปอย่างเป็นระบบ คือ การสร้างพลังสนับสนุนของชุมชนและท้องถิ่นเพื่อก่อให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การจัดตั้งคณะกรรมการ การวิเคราะห์สถานการณ์ การจัด

ทำแผนปฏิบัติการ การดำเนินการติดตามประเมินผลและพัฒนาเครือข่ายระดับท้องถิ่นจึงมีการร่วมกันปรับวิถีชีวิตให้มีการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นและมีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน จนเกิดวัฒนธรรมใหม่เสริมความเอื้ออาทรที่มีอยู่เดิมในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งและมีสิ่งใดที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นจุดอ่อนที่จะนำไปปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องของสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ¹¹ การปลูกฝังและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นในตัวนักเรียนซึ่งจะติดตัวจนเติบโตใหญ่ นำความรู้และทักษะทางสุขภาพไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว^{12,13} สำหรับการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนในถิ่นทุรกันดารเขตชายแดนไทย-ลาว มีทั้งการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ การจัดหาและพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะนักเรียนด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย การเสริมสร้างสมรรถนะผู้นำนักเรียนในด้านการดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะและศักยภาพของชุมชนในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพนักเรียน การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อวิถีชีวิตและสุขภาพเด็กนักเรียน^{14,15}

จะเห็นได้ว่ามนุษย์ สุขภาพและสิ่งแวดล้อมล้วนแต่เป็นองค์รวมมีความสัมพันธ์กันทั้งภายในองค์ประกอบและระหว่างองค์ประกอบ การพยาบาลแบบองค์รวม จึงส่งเสริมให้นักเรียนมีรูปแบบชีวิตที่ประณีตและละเอียดอ่อน คือมีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง สะอาด มีจิตใจดี คิดดี อารมณ์ผ่อนคลาย ยืดหยุ่น มีสังคมมีเครือข่าย ครอบครัวสุขสันต์ ชุมชนสามัคคี มีจิตวิญญาณปรารถนาดีและมุ่งมั่น เสียสละ ทำดีเพื่อตนเองและสังคมซึ่งได้จากกระบวนการสร้างบรรยากาศการประชุม แลกเปลี่ยนแบบสุนทรียเสวนา ทำให้ได้วิธีการและโครงการรวมทั้งได้เครือข่าย ร่วมกันคิด ค้นหา ด้วยความสุข ความพึงพอใจเกิดการยอมรับกัน สดท้ายขยับจากเป้าหมายร่วมเล็ก ๆ คือจากกลุ่มเด็กกลุ่มชุมชนที่องค์การพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. การแก้ไขปัญหสุขภาพนักเรียนบางปัญหาดูเหมือนง่าย แต่ค่อนข้างยากในการแก้ไข เนื่องจากต้องจัดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งเป็นการจัดการเชิงสังคมและวัฒนธรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบเสริมพลังอำนาจในชุมชน



2. การวิจัยครั้งนี้ นักวิจัยทำหน้าที่วิทยากร กระบวนการสร้างกระบวนการเรียนรู้และการจัดการองค์ความรู้จากกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ซึ่งมีอยู่เดิมแต่ถูกม้วนซ่อนอยู่ในกลุ่มต่างๆ ดังนั้นการฝึกให้เครือข่ายในชุมชนเป็นวิทยากรกระบวนการในชุมชนแทนผู้วิจัย จึงเป็นเรื่องที่ควรสนับสนุนต่อไป

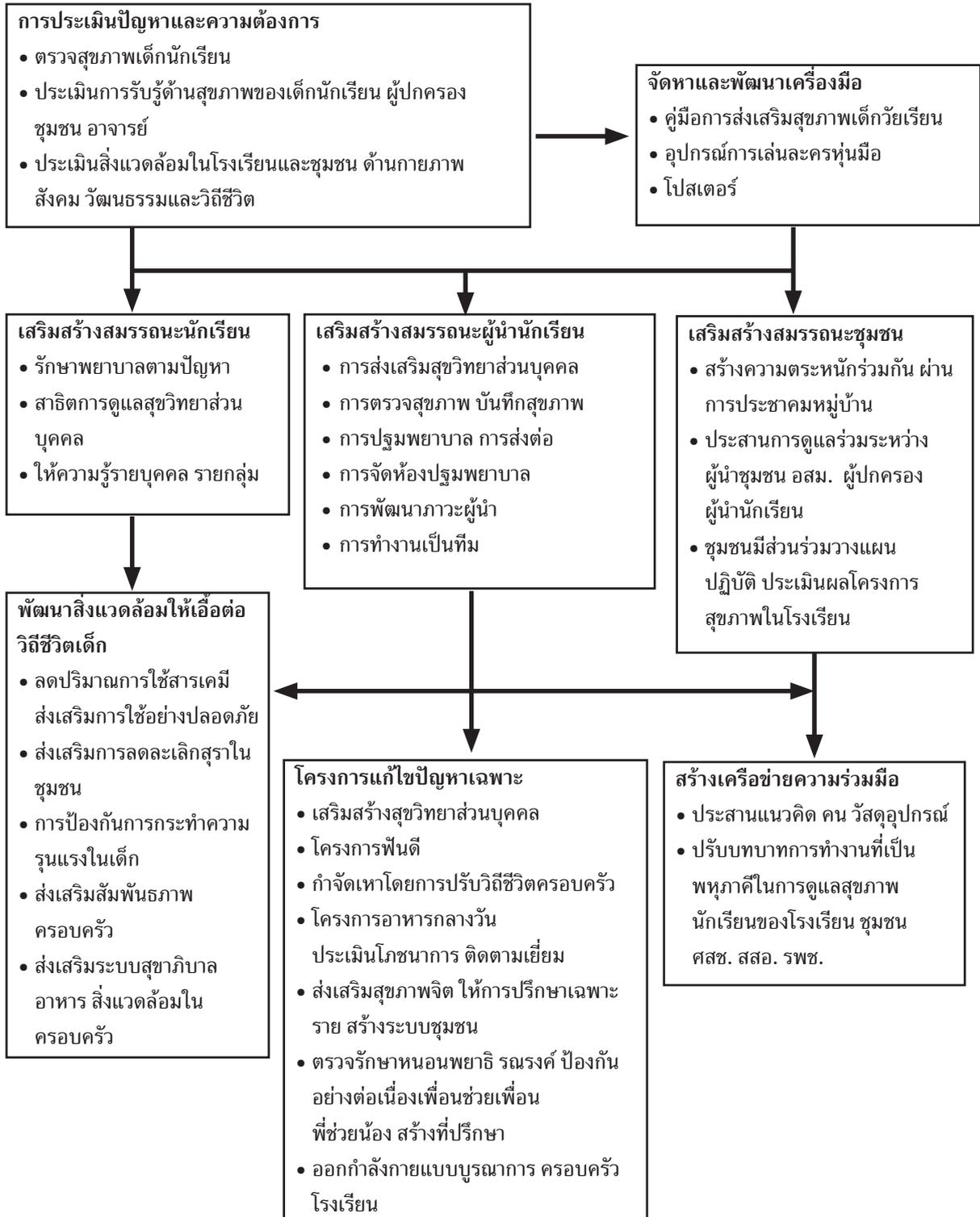
3. การผลิตสื่อชุมชนโดยชุมชน เช่น การเล่นเกมหุ่นมือ และการเล่านิทานระหว่างอาหารเที่ยงโดยกลุ่มแม่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ควรได้รับการสร้างคุณค่าต่อไป

4. การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ช่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสมาชิกชุมชนและการดำเนินงานขององค์กรชุมชน จึงเป็นวิธีช่วยค้นหาคนดี คนเก่ง คนมีจิตอาสา นำพากลุ่มเยาวชนให้มีตัวแบบที่ดี เป็นการใช้กระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมในการพัฒนาสุขภาพ จึงเป็นระเบียบวิธีการวิจัยที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต่อไป

5. ควรขยายกรอบความคิดและวิธีการทำงานแบบบูรณาการทุกโรงเรียนให้สอดคล้องกับความต้องการของโรงเรียน โดยกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบาย

References

1. World Health Organization, WHO. Global School Health Initiative: Overview. Geneva: WHO; 1998.
2. World Health Organization, WHO. School Health Promotion. Report of an Inter-country Workshop Bangkok, Thailand, 12–15 December; 2006.
3. Daenseekaew S, Saensom D, Reungsuksud P. Health Promotion for Pupils in Patrol Police School, Nong Kai. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2009; 12(2): 30-38.
4. Suzanne FJ, Fran P, Erika K, Lauren C, Stephen H, Supakorn B. Integrated Health Promotion Strategies: a Contribution to Tackling Current and Future Health Challenges. Health Promotion International 2007; 21(S1): 75-83.
5. Chotibang J, Fongkaew W, Mo-suwan L, Meininger JC, Klunklin P. Development of a Family and School Collaborative (FASC) Program to Promote Healthy Eating and Physical Activity among School-age Children. Thai Journal of Nursing Research 2009; 13(2): 133-147.
6. Sakon W. Communities' Participation in Managing the Health Promotion Project at Baan Leaow School, Ngim Village, Pong District, Phayao Province. (Independent Study). Chiangrai: Chiangrai Rajabhat University; 2008.
7. Alice M. Participatory action research. Los Angeles: Sage Pub.; 2008.
8. Lorlowhakarn S. Participatory Management in Health Promoting School: Ban-Markprok School, Phuket Province. Unpublished Doctoral Dissertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand; 2001.
9. Mary AN, Melanie McEwen. (Editors). Community / Public Health Nursing: Promoting the Health of Population. 4th Eds. New York: Saunders elsevier; 2007.
10. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Stanford: Appleton & Lange; 1996.
11. Buddhirakkul P, Suchaxaya P, Srisuphan W, Chanprasit C. Factors Associated with the Success in Implementing Health Promoting Schools. Thai Journal of Nursing Research 2007; 11(3): 214-225.
12. Ministry of Public Health & Ministry of Education. Standard Criteria for Assessing Health Promoting Schools. Bangkok: Agriculture Cooperation; 2004.
13. Hirunchareornsuk L, Jongudomkarn D. Effects of Family Functions Program for Game Addiction Prevention in School-Age Children: Case Study in Nakhonratchasima Municipality. Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division 2010; 28(1): 32-39.
14. Sota C, Katsuhiko A. Health Promotion in Hospital, School and Community in Mie Prefecture, Japan Srinagarind Medical Journal 2007; 22(3): 246-253.
15. Palangrit S, Ratanatawan A, Amatyakul C. Empowering by Community Participation in Creating an Empowerment Health Promotion Team at Moo 3 Kukot Subdistrict, Lumlooka District, Pathum-thani Province. Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division 2011; 29(4): 23-32.



แผนภาพที่ 1 การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนในถิ่นทุรกันดาร



Development of Health Promotion System for Primary School Student in Remote Communities along Thailand and Laos PDR Border

Somjit Daenseekaew PhD*

Emporn Thongkrajai PhD**

Donviwat Saensom M.N.S.***

Pornpipit Boonpaung M.S.(Nursing Science)***

Pichet Reungsuksud PhD***

Abstract

This participatory action research aimed to develop health promotion in selected 7 Border Patrol Police Schools located in the remote area of Udon Thani and Nong Khai Province, along Thailand and Laos border. Health assessment of the school children was performed. Data were collected regarding healthcare services that the children currently received. Children who were found to have health problems received home visits for in-depth interview including both children and parents. Home environment and healthcare behaviors for children at home were observed during a home visit. After the initial data were collected, the researcher team presented a need to develop appropriate health behaviors to the community leaders and parents in order for them to realize the causes and participating in developing a healthcare plan. The data was shown to the school committee to initiate the health promotion program for school-aged children respectively. Volunteers of this research project included students, parents, community leaders, teachers, healthcare providers, and researchers.

Results from health assessment showed that students from all participating schools had underweight problem although the study areas have been regard as nutritionally-rich in resources. Summary from a public forum of the community members stated that children's underweight was resulted from several causes relating to other health problems such as dental caries, head louse, parasites, poor hygiene, child neglecting, and raw food consumption.

Participatory actions among community members, school teachers, health workers, and researchers were carried out by educating parents and children using booklet that was developed according to the community's suggestions. Focus group discussion among parents was conducted to confirm agreement in the group. Student leaders, housewives, were being demonstrated and trained until they got essential skills to help children. Program interim meeting was conducted every two months to discuss and modify different strategies to enable health behavior change among children and parents. It was found that the number of those who had parasites and head louse decreased dramatically as a result of proper treatment. Researchers and community leaders had agreed that the problems might reoccur if there is no long term in great need to support, continue and monitor the health behavior change. Therefore, schools, community, and families are established health promotion program.

Keywords: rural community, health promotion development, school health

* Associate Professor and Deputy Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

ยุพิน สังฆะมณี พย.ม*

วาสนา รวยสูงเนิน PhD**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง ของ Leventhal และ Johnson กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ เป็นครั้งแรก จำนวน 34 คน ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553 ถึงเมษายน พ.ศ.2554 ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันได้รับการจับคู่ เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและคำแนะนำหลังผ่าตัดตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดผ่านสื่อวีดิทัศน์ 2 ครั้ง ๆ ละ 17 นาที และ 15 นาที ตามลำดับ โดยข้อมูลที่ให้มีเนื้อหาที่ต่อเนื่องกัน พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการปรับตนเอง และได้รับการประเมิน ความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบดัชนีความตรงทางเนื้อหาได้ 0.75 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ แบบวัด ความวิตกกังวล และแบบวัดการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วย การหาความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายใน กลุ่มใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลองใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวัน จำหน่ายมากกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลัง ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นที่ส่งเสริมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หรือสถานการณ์ขณะวัดความวิตกกังวลไม่เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์คุกคามตามทฤษฎี และการเลือกใช้แบบวัดการปฏิบัติตัวแบบเลือกตอบเอง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาซ้ำโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและการควบคุมตัวแปรอื่นที่อาจมีผลการวิจัย และใช้แบบวัดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วยในการวัดพฤติกรรม

คำสำคัญ: ข้อมูลเตรียมความพร้อม ความรู้ ความวิตกกังวล การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรืออุดตันทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มเกิดสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2551 อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 21.2 ต่อประชากรแสนคนในขณะที่อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2551 โดยพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 59.9 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 140.9 ใน พ.ศ. 2545 และเป็น 276.8 ใน พ.ศ. 2551¹ เช่นเดียวกันนี้ จากสถิติปี พ.ศ. 2546-2551 ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือเพิ่มขึ้นจาก 157 ราย เป็น 191, 241, 281, 268 และ 316 ราย ตามลำดับ² และจากรายงานสถิติของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2551 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นจาก 27 ราย เป็น 149, 308 และ 423 รายตามลำดับ³ สถิติผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคนี้เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแก้ไขจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้รับการวิเคราะห์ว่าเป็นผลมาจากอุปนิสัยการรับประทานอาหารและการใช้ชีวิตของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีกรบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มมากขึ้น มีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายน้อยลง เนื่องจากพึ่งพาเทคโนโลยีมากขึ้น และมีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวันสูง จากการแข่งขันในอาชีพ⁴

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในปัจจุบันมี 3 วิธีหลักๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การใช้ลูกโป่งขยายหลอดเลือด และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือการทำบายพาส (Coronary Artery Bypass Graft: CABG)^{5,6} อัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดโดยทั่วไปน้อยกว่าร้อยละ 1 อาการแน่นหน้าอกจะดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 90⁵ จากสถิติการผ่าตัด CABG ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2548 รวบรวมโดยสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้า

รับการผ่าตัด CABG ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 2,355 ราย เป็น 2,871 และ 3,063 รายตามลำดับ⁷ จากสถิติของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2551 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด CABG จำนวน 45-90 รายต่อปี² ในขณะเดียวกันที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์³ มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด CABG ในปี พ.ศ. 2548-2551 จำนวน ประมาณ 150-200 รายต่อปี³ การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยวิธีการผ่าตัด CABG ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ผ่านมา ผู้ป่วยจะได้รับการนัดเข้าอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด อย่างน้อย 1 วัน หลังการผ่าตัด 1-3 วันแรกผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่ออาการคงที่ ผู้ป่วยจะได้รับการย้ายกลับมายังหอผู้ป่วยเดิมที่รับไว้ก่อนผ่าตัด เพื่อการดูแลหลังผ่าตัด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายภายในเวลา 7-10 วัน ยกเว้นกรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นหลังจำหน่ายประมาณ 2-3 สัปดาห์ผู้ป่วยจะถูกนัดมาโรงพยาบาลอีกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษาและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังการผ่าตัด

การศึกษานำร่อง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 5 ราย พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 4 รายให้ข้อมูลว่าตนเองมีความวิตกกังวล เกรงว่าแผลจะไม่หายเนื่องจากแผลขนาดใหญ่ กลัวแผลติดเชื้อ กลัวว่าจะกลับไปทำงานเหมือนเดิมไม่ได้ เกรงว่าตนเองจะเป็นภาระแก่ผู้ดูแล ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 รายบอกว่ากลัวจะกลับไปมีอาการเหมือนเดิมอีก ไม่อยากต้องผ่าตัดอีก กลัวว่าถ้าผ่าตัดอีกจะไม่ฟื้น เมื่อถามว่าคิดว่าหลังผ่าตัดชีวิตตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ผู้ป่วยทุกรายแสดงความคิดเห็นว่า คงต้องดูแลตนเองมากขึ้น ทำงานน้อยลง ไม่แน่ใจว่าจะกลับไปทำงานเดิมได้หรือไม่ คงไม่กล้าออกแรงมาก เกรงจะเจ็บหน้าอกเหมือนที่มาโรงพยาบาลครั้งที่แล้ว ไม่มั่นใจว่าควรดูแลตนเองอย่างไร ค่อนข้างวิตกกังวลต่อชีวิตตนเองในอนาคต ความวิตกกังวลดังกล่าวหากไม่ได้รับการตอบสนองและแก้ไขอย่างเหมาะสม อาจส่งผลต่อการปรับตัวและการปฏิบัติตัว รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดได้⁸



ผลจากการศึกษานำร่องตามข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าการขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และวิธีการปฏิบัติตัว รวมทั้งประสบการณ์ที่ได้รับทราบมาจาก แหล่งต่าง ๆ มีผลต่อกระบวนการรับรู้ที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล และการให้ข้อมูลที่ไม่มีชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ ในเหตุการณ์คุกคามที่จะเกิดขึ้น เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงที่ไม่เคยทราบมาก่อน ทำให้ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกด้านจิตใจได้ จึงเกิดความวิตกกังวลขึ้น ทำให้แสดงพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น นอนนิ่ง ๆ ไม่ขยับตัว รู้สึกปวดแผลมากกว่าปกติ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าวและนอนไม่หลับในเวลากลางคืน เป็นต้น⁹

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG ที่มาติดตามการรักษาในช่วงระยะ 2-3 สัปดาห์ แรกหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการชาข้างที่เลาะหลอดเลือด บวม แผลที่ชาอักเสบ อาการนอนไม่หลับ เจ็บตึงแผล ผ่าตัดบริเวณหน้าอก และอาการเหนื่อย เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สาเหตุหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย อันเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลที่คลุมเครือ ไม่ชัดเจน เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่จะต้องเผชิญหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจึงปฏิบัติตาม ความเข้าใจและตามคำบอกกล่าวจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม¹⁰ โดยเมื่อศึกษาวิธีการให้ข้อมูลที่ผ่านมา ในหอผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการพูดให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม ตามประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน ใช้เวลาสั้น ๆ ประมาณ 5-10 นาที เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก บางหอผู้ป่วยมีเอกสาร คู่มือหรือภาพพลิกประกอบคำบรรยายแจกให้ผู้ป่วยอ่านเพิ่มเติมหลังจากให้ข้อมูล ดังนั้นการให้ข้อมูลบางครั้ง จึงขาดความชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง และไม่มีติดตาม ประเมินผล การให้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ถือเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่จะนำมาซึ่งคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย จึงควรมีการศึกษารูปแบบที่มีประสิทธิภาพสำหรับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ในแต่ละสถานการณ์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมช่วยให้ผู้รับข้อมูลรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้จากการแปลความหมายของข้อมูลความรู้ตามที่ได้รับมา ส่งผลให้สามารถเผชิญความวิตกกังวล และเกิดพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม¹¹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal และ Johnson¹¹ ซึ่งมีมโนทัศน์หลักเกี่ยวกับการสร้าง แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) หรือภาพในจินตนาการ (Mental image) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่ซับซ้อนที่มนุษย์สร้างขึ้นจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา โดยแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่สร้างขึ้นจะเป็นตัวชี้นำความสนใจของมนุษย์ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและใช้ข้อมูลที่มีอยู่ นำไปสู่การกระทำพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย¹²

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ (CABG) เป็นครั้งแรกที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 34 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553 ถึงเมษายน พ.ศ.2554 กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านอายุและเพศได้รับการจับ



คู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน โดยผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและคำแนะนำหลังผ่าตัดตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดผ่านวิดีโอจำนวน 2 ครั้ง ระยะเวลา 17 และ 15 นาที ตามลำดับ เนื้อหาที่ถ่ายทอดในสื่อวิดีโอพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการปรับตนเอง และได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ 0.75

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ 3) แบบวัดความวิตกกังวล และ 4) แบบวัดการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้คำนวณจากสูตรคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson formula) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.96 ส่วนแบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α) ได้ 0.76 และ 0.54 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด กล่าวคือ เป็นผู้ป่วยรับการรักษาโดยการผ่าตัด CABG เป็นครั้งแรก มีระดับความรู้สีก้าวดี สามารถติดต่อสื่อสารพูดคุย อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้มีระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนและหลังผ่าตัดอยู่ในระดับ 1-2 ประเมินโดยใช้เกณฑ์ของ New York Heart Association (NYHA) Classification มีคะแนนความปวดน้อยกว่า 5 จาก 10 คะแนนในวันที่ประเมิน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัย แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อดูแลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่

ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นเพศชายร้อยละ 85.29 เพศหญิงร้อยละ 14.71 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 76.47 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.05 ร้อยละ 58.82 มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 58.82

2. ประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ต่อความรู้ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

2.1 คะแนนเฉลี่ยของความรู้ในกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายมากกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4 คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5 คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเมื่อมาติดตามการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยของความรู้ในกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายมากกว่าก่อนให้ข้อมูล อภิปรายได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามทฤษฎีของ Leventhal และ Johnson ผ่านสื่อวิดีโอช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ประสาทสัมผัสได้หลายทางใน



การรับรู้ข้อมูลที่ถ่ายทอด ได้แก่ การรับรู้จากการใช้ตาหูและหูฟังรวมกันถึงร้อยละ 88^{13, 14} ทำให้สามารถแปลความหมายของข้อมูลเป็นความรู้ความเข้าใจ ดังนั้นเมื่อประเมินความรู้หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมจึงพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น

2. คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจอธิบายได้ว่าในวันจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีเนื้อหาใกล้เคียงกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) และข้อมูลคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Behavioral and coping instruction) ตามทฤษฎีของ Leventhal และ Johnson ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่กลุ่มควบคุมอาจไม่ได้รับคือข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) ซึ่งไม่ได้ถูกวัดผลในวันจำหน่าย เนื่องจากข้อมูลชนิดดังกล่าวจะถูกจดจำและนำมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงที่รับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์คุกคาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลดาวัลย์ บุรณะปิยะวงศ์¹⁵ ที่พบว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมจะเกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถจดจำข้อมูลได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม

3. คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายลดลงโดยคะแนนเฉลี่ยก่อนให้ข้อมูลเท่ากับ 38.59 และหลังให้ข้อมูลเท่ากับ 32.59 อภิปรายได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่านสื่อวีดิทัศน์ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นและทราบความรู้สึกต่าง ๆ ที่จะต้องประสบได้ชัดเจน ครอบคลุม ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยจึงเกิดความเข้าใจในลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ควบคุมสภาพจิตใจให้พร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ได้ จึงมีความวิตกกังวลลดลง

4. คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 36.00 และในกลุ่มทดลองเท่ากับ 32.59 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีขนาดเล็กเกินไปทำให้แม้จะเห็นแนวโน้มความแตกต่างของความวิตกกังวลแต่ไม่ถึงระดับแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ตามทฤษฎีของ Leventhal และ Johnson¹¹ การควบคุมเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่รับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์คุกคามได้ ระดับความวิตกกังวลจะลดลง แต่ในสถานการณ์ที่ทำการรักษา เหตุการณ์คุกคามดังกล่าวยังไม่เกิด จึงทำให้วัดผลของระดับความวิตกกังวลได้ไม่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในการให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพื่อวัดผลลัพธ์การฟื้นตัวหลังผ่าตัด พบว่าการให้ข้อมูลให้ผลดีต่อการทำงานด้านร่างกายแต่ไม่ส่งผลต่อด้านจิตใจในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด¹⁶⁻¹⁸

5. คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเมื่อมาติดตามการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น กลุ่มควบคุมอาจแสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติตัว นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบเอง อาจวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามความเป็นจริงไม่ได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะตอบคำถามเพื่อต้องการเอาใจผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษานี้พบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแม้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความวิตกกังวลลดลง แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาซ้ำโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการรักษา เช่น การได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่น หรือการศึกษาภายใต้สถานการณ์ที่สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีมากขึ้น เช่น ในสภาวะที่เผชิญภาวะคุกคามและกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล และควรเลือกการวัดผลแบบอื่นร่วมด้วยในการวัดการปฏิบัติตัว เช่น แบบบันทึกหรือแบบสังเกตพฤติกรรม



References

1. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control. Number and Ratio of Thai People with Ischemic Heart Disease [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 10]. Available from: <http://thaincd.com/information/statistic>
2. Office of Medical Records and Statistics, Srinagarind Hospital. Annual Patient Statistics. Khon Kaen: Srinagarind Hospital; 2008.
3. Office of Hospital Document, Department of Medical Records and Statistics, Queen Sirikit Heart Center. Annual Hospital Report. Khon Kaen: Queen Sirikit Heart Center; 2009.
4. Sakoonkaew E, editor. Top 5 diseases that kill Thai people: Number 2 heart disease. Bangkok: Glai Mor Publishing; 2007.
5. Bravata DM, et al. Systematic review: The comparative effectiveness of percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass graft surgery. *Annals of Internal Medicine*. 2007; 147(10): 703-16.
6. Acute Coronary Syndrome Guidelines Working Group. Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Med J Aust*. 2006; 184 (8): 1-32.
7. Thongcharoen P, Luksanaboonsong P. Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)[Internet]. 2008 [Cited 2008 Nov 4]. Available from: <http://www.cardiologymedley.com/journals/CABG.pdf>.
8. Durling M, Milne D, Hutton N, Ryan S. Decreasing patient's preoperative anxiety: A literature review. *Aust Nurs J* 2007; 14(11): 35.
9. Lanok S. Stimuli and adaptation in patients underwent coronary artery bypass surgery [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2000.
10. Potichai N. Effect of an information giving program about stimuli on adaptation of patients with coronary artery disease. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 1998.
11. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation development of a theory of self-regulation. In P. T. Wooldridge, M. H. Schmitt RC, Leonard JK. Skipper (Eds.). *Behavioral Science and Nursing Theory*. (pp. 189-262). St. Louis: The C. V. Mosby; 1983.
12. Johnson JE, Lauver DR. Alternative explanation of coping with stressful experience associated with physical illness. *Advances in Nursing Science* 1989; 11(2):39-52.
13. Kaewon W, Ruisungnoen W. Perception about Illness and Information Regarding Self Care of Patients with Coronary Artery Disease underwent Coronary Artery Intervention. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division*. 2009; 27(2): 33-40.
14. Ketchumpol K, Tumngong C, Bausri N. The Development of Cardiac Rehabilitation Model for Coronary Artery Disease Patients in Sisaket Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division*. 2009; 27(4): 30-39.
15. Sharejoho T, Khamla A, Pattanajid vilai S. The Development of Self Health Promotion by Support Group Model in the Risk Group of Heart Disease, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(1): 41-50.
16. Moore SM. The effects of a discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. *Int J Nurs Stud* 1996; 33(2): 181-189.
17. Phochan S. Development of a Case Management System for Patients with ST-elevated Myocardial Infarction in Khon Kaen Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(1): 22-30.
18. Dongmala W, Malahom O. The Development of Postoperative Care System: Case Management Model in Surgical Intensive Care Unit, Sappasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(4): 13-22.



Effects of Preparatory Information Intervention on Knowledge, Anxiety, and Self-Care Practice among Patients Underwent Coronary Artery Bypass Graft Surgery

Yupin Sanckamane M.N.S.*

Wasana Ruisungnoen PhD**

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of preparatory information intervention on knowledge, anxiety, and self-care practice at home among a group of patients who underwent coronary artery bypass graft (CABG) surgery. Leventhal & Johnson's Self-regulation theory was used as a conceptual framework. Sample was selected from patients who met inclusionary criteria and were admitted for the first CABG surgery at Srinagarind Hospital and Queen Sirikit Heart Center in Khon Kaen province. The study was conducted during November 2010 to April 2011 in which 34 patients volunteered to participate in the intervention. There were 17 subjects in both control and intervention groups that were allocated to the group using paired-match method. The control group received usual post-CABG care whereas those in the intervention group received preparatory information regarding post-operative care based on Self-regulation theory via video media. The intervention consisted of 2 consecutive video instruction sessions. The content in the video was rated for item relevance by a group of experts in which a content validity index of 0.75 was obtained. The instruments for data collection were personal data form, knowledge assessment questionnaire, anxiety assessment questionnaire, and post operative home self-care questionnaire. Descriptive data were analyzed in frequency, percentage, and means values. A comparison of outcome difference within the group was analyzed by the paired t-test while independent t-test was used for a comparison of difference between groups.

Findings from this study showed that there was a significantly higher post-test than pre-test average knowledge score in the intervention group on the discharge day at $p < 0.05$. However, there was no difference in average knowledge score between control and intervention groups. Regarding anxiety on the discharge day, there was a significantly lower average score post-test than pre-test at $p < 0.05$. Similarly to knowledge, there was no difference on anxiety between control and intervention group. On the follow-up day, there was no difference of average self-care practice scores between the groups. In conclusion, this study demonstrates no difference between experiment and control groups on anxiety and self-care practice, which can be explained by contamination knowledge from other sources given to the control group, circumstances in which anxiety was measured differed from the theory, and use of self-report measurement for self-care practice. Therefore, study should be replicated in the larger sample with careful control of extraneous factors and include other type of behavior measurement.

Keywords: preparatory information, knowledge, anxiety, and post-CABG self-care practice

*Student of Master of Nursing Science, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



ผลของวิธีเบ่งคลอดต่อผลลัพธ์การคลอดและความเหนื่อยล้า ในระยะหลังคลอดของมารดาที่คลอดครั้งแรก*

อธิษฐาน แต่แดงเพชร พย.ม.**

นิลบล รุจิรประเสริฐ พย.ด.***

วิชุดา ไชยศิริวามงคล พบ.ม. (สถิติ)****

บทคัดย่อ

การเบ่งคลอดภายใต้การชี้นำของผู้ดูแลการคลอดมีการถูกนำมาใช้ และเป็นมาตรฐานการดูแลการคลอดในระยะที่สองของการคลอดในโรงพยาบาลทั่วไป การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบวัดหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของวิธีการเบ่งคลอดต่อผลลัพธ์ของการคลอด ได้แก่ ระยะเวลาเบ่งคลอด ชนิดการคลอด สภาพทารกแรกเกิด และความเหนื่อยล้าภายหลังคลอด 2, 12 และ 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์ปกติและเข้าสู่ระยะคลอด จำนวน 66 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการสนับสนุนให้เบ่งคลอดแบบชันำ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนให้เบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติ เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบวัดความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบที่ การทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบแมนวิทนียู

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาเบ่งคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีค่ากลางคะแนนความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สัดส่วนการคลอดปกติทางช่องคลอด และสภาพทารกแรกเกิดทั้งนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ภายหลังคลอด รวมถึงค่ากลางคะแนนความเหนื่อยล้าในระยะ 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) สรุปได้ว่าวิธีการเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติเป็นวิธีการเบ่งคลอดที่ช่วยลดระยะเวลาเบ่งคลอดและความเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะแรกหลังคลอด มีความปลอดภัยต่อทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ ซึ่งควรมีการสนับสนุนให้นำมาใช้ในการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอด

คำสำคัญ: วิธีการเบ่งคลอด ความเหนื่อยล้า ผลลัพธ์การคลอด ระยะหลังคลอด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดแม้จะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่การคลอดจะดำเนินไปได้ด้วยดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดต้องทำหน้าที่ประสานกันหรืออยู่ในภาวะที่เหมาะสม โดยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการคลอดที่สำคัญมี 6 ประการ คือ แรงผลักดัน ช่องทางคลอดและสิ่งที่คลอดออกมา สภาวะจิตใจ สภาวะร่างกาย และท่าของผู้คลอด¹ หากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งมีความผิดปกติ อาจส่งผลให้เกิดกระบวนการคลอดผิดปกติ

เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ทารกในครรภ์จะเคลื่อนผ่านช่องทางคลอดมารดาลงมาได้นั้นต้องอาศัยแรงผลักดัน 2 แรง คือ แรงจากการหดรัดตัวของมดลูก และแรงเบ่งจากผู้คลอด โดยแรงเบ่งจากผู้คลอดจะช่วยเสริมแรงจากการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้แรงขับเคลื่อนภายในโพรงมดลูกเพิ่มขึ้น 3 เท่า² ยิ่งส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมามาก แรงเบ่งยิ่งมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น เพราะแรงจากการหดรัดตัวของมดลูกลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อส่วนบนของมดลูกหดสั้นมากขึ้น ทำให้ไม่มีแรงพอจะขับทารกออกมาพ้นช่องทางคลอด ดังนั้นแรงเบ่งจึงมีความ

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



สำคัญมากที่จะช่วยให้ทารกคลอดออกมาได้ วิธีการเบ่งที่ถูกนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลการคลอดในโรงพยาบาลทั่วไปคือ การควบคุมหรือชี้แนะให้ผู้คลอดเบ่งทันทีเมื่อปากมดลูกเปิดหมด โดยให้ผู้คลอดออกแรงเบ่งให้แรง และนานที่สุด ขณะเบ่งกลั้นลมหายใจไว้ให้นานที่สุด และเบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกมีการหดตัว ซึ่งการเบ่งแบบนี้เชื่อว่าทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลง³ แต่การให้ผู้คลอดเบ่งโดยวิธีดังกล่าวทำให้แรงดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มมากขึ้น เลือดไหลเวียนกลับสู่หัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีจึงลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง เกิดเส้นเลือดหดตัว เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และสมองเกิดภาวะขาดออกซิเจน ผู้คลอดอาจเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลมได้ และเมื่อผู้คลอดหยุดเบ่งความดันโลหิตจะสูงขึ้น ซึ่งถ้าผู้คลอดมีพยาธิสภาพที่หัวใจจะส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติและเกิดหัวใจหยุดเต้นได้⁴

นอกจากนี้ความดันโลหิตของผู้คลอดที่ลดต่ำลงขณะเบ่ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงทารกลดลง ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลง (late deceleration)⁵ เกิดภาวะเลือดเป็นกรด เพิ่มการเกิดภาวะขาดออกซิเจน⁴ อีกทั้งเป็นการเบ่งที่ฝืนธรรมชาติของร่างกาย ผู้คลอดส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ส่งผลให้การเบ่งคลอดไม่มีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลาในการเบ่งนาน นำไปสู่การใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด และเกิดความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอด⁶

จากการศึกษาการเบ่งตามธรรมชาติของผู้คลอด⁷ พบว่าการเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติ โดยให้ผู้คลอดเบ่งอย่างไรก็ได้ และเบ่งเฉพาะเมื่อเกิดความรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่จนไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลดีต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ โดยลดแรงดันในช่องอก เส้นเลือดไม่ถูกกด เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดี ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ใช้แรงเบ่งที่ไม่มากเกินไป และเบ่งเมื่อมดลูกมีการหดตัวเต็มที่ เป็นการเบ่งคลอดที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ระยะเวลาในการเบ่งคลอดสั้นลง ลดการใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด⁸ และผู้คลอดมีความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดลดลง^{8,9,10}

สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงผลของวิธีเบ่งคลอดต่อผลลัพธ์การคลอด^{2,13,14} ซึ่งผลการศึกษายังไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีการเบ่งคลอดแบบใดมีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ส่วนใหญ่พบว่า การเบ่งคลอดแบบเบ่งเองโดยธรรมชาติมีแนวโน้มที่จะส่งผลดีต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติ น่าจะส่งผลดีต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของวิธีการเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติ กับวิธีการเบ่งคลอดแบบชี้แนะต่อผลลัพธ์การคลอด ได้แก่ ระยะเวลาเบ่งคลอด ชนิดการคลอด สภาพทารกแรกเกิด และความเหนื่อยล้าในระยะ 2, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ และเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดให้มีการเบ่งในระยะเวลาที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาถึงผลของวิธีการเบ่งคลอดต่อ ระยะเวลาเบ่งคลอด ชนิดการคลอด สภาพทารกแรกเกิด และความเหนื่อยล้าภายหลังคลอด 2, 12 และ 24 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Randomized Control Trial

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าสู่ระยะคลอด และเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มารับบริการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มารับบริการคลอด ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น โดยมี 1) เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุระหว่าง 20-34 ปี น้ำหนักไม่เกิน 70 กิโลกรัม ส่วนสูงไม่น้อยกว่า 145 เซนติเมตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด คัดคะแนนน้ำหนักทารกจากการตรวจครรภ์อยู่ระหว่าง 2,500-4,000 กรัม ครรภ์เตี้ย อายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ ทารกในครรภ์อยู่ในท่าปกติ เจ็บครรภ์คลอดเองตามธรรมชาติ ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 7 เซนติเมตร และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย 2) เกณฑ์การ



คัดออกได้แก่ ผู้คลอดที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพื่อชักนำให้เกิดการคลอด ได้รับยา Pethidine แก้ปวด หรือได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในทุกระยะของการคลอด รวมทั้งในระยหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง มีความผิดปกติในระยที่ 1 ของการคลอด ได้รับการช่วยเหลือการคลอดในระยที่ 2 ของการคลอดโดยการใช้น้ำแรงดันบริเวณยอดมดลูก ผู้คลอดไม่สามารถควบคุมการเบ่งคลอดตามแนวปฏิบัติได้ มีภาวะตกเลือดหลังคลอด มารดาและทารกแรกเกิดถูกแยกจากกันในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง¹⁴ และนำค่าที่ได้ไปเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis)¹¹ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ใช้อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 33 รายต่อกลุ่ม ดังนั้นจึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการสนับสนุนให้เบ่งคลอดแบบชัน้ำ และกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนให้เบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติในการเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติและแนวปฏิบัติในการเบ่งคลอดแบบชัน้ำ ในระยที่ 2 ของการคลอด เพื่อใช้อธิบายผู้คลอดที่เข้าร่วมการศึกษาในระยที่ 1 ของการคลอดซึ่งแนวปฏิบัติในการสนับสนุนวิธีการเบ่งคลอด ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสูติศาสตร์จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับที่กำหนดไว้จำนวน 5 ราย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ข้อมูลทารก ส่วนการประเมินสภาพทารกแรกเกิดใช้ระบบ แอปการ์¹⁵ เป็นเครื่องมือที่ยอมรับและมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย สามารถนำมาใช้ได้โดยไม่ต้องมีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมืออีก

2.2) แบบสอบถามความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย ข้อความ 30 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่รู้สึกเลย ถึงรู้สึกมาก มีคะแนนรวมตั้งแต่ 30-120 คะแนน แบบสอบถามความเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptom Checklist; MFSC) ของ Pugh & Milligan¹² ได้พัฒนามาจากแบบวัดอาการเหนื่อยล้า (Fatigue Symptom Checklist; FSC) ของ Yoshitake มีข้อความทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่ง จรัสศรีธีระกุลชัย¹³ ได้แปลเป็นภาษาไทย และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษอีก 1 ท่านแปลกลับ (back translation) เพื่อเปรียบเทียบกับต้นฉบับและได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเหนื่อยล้าไปทดสอบหาค่าความเที่ยงในมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างในระย 2, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด กลุ่มละ 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88, 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ 2.3) นาฬิกาจิตตอลใช้จับเวลาการเบ่งในระยที่ 2 ของการคลอด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือ ศธ. 0514.1.27/069-070 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 ก่อนการทำวิจัยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และผลเสียของการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ผู้คลอดมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลต่อบริการการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้ง 2 กลุ่ม

2) เมื่อพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ และคาดว่ามีความเสี่ยงตามกลุ่มตัวอย่างที่เชิญชวนมาที่แผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมเข้าร่วมการวิจัย



ซึ่งในระยะดังกล่าวสตรีตั้งครรภ์ยังไม่มีการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้มีเวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย

3) เมื่อสตรีตั้งครรภ์ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยทำเครื่องหมายติดไว้ที่สมุดฝากครรภ์ และเวชระเบียน พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อผู้วิจัย

4) เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย (ผู้คลอด) มารับบริการคลอด ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง และให้ผู้คลอดลงลายมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง

5) ผู้วิจัยจัดผู้คลอดที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการกำหนดหมายเลข 1-66 ว่าหมายเลขใดจะเป็นกลุ่มทดลอง (มีสัญลักษณ์ตัว E) หรือกลุ่มควบคุม (มีสัญลักษณ์ตัว C) กลุ่มละ 33 ราย รวมทั้งสิ้น 66 ราย หลังจากนั้นนำหมายเลขที่ได้รับการสุ่มเรียบร้อยแล้วใส่ซองปิดผนึกทั้งหมดจำนวน 66 ซอง เพื่อให้ผู้คลอดสุ่มจับว่าจะได้เข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง โดยผู้คลอดจะไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

6) เมื่อกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
<p>ระยะที่ 1 ของการคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้คลอดจะได้รับการดูแลตาม ปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอด 2. ระยะเวลาคลอดหรือเมื่อปากมดลูกเปิดไม่เกิน 7 เซนติเมตร ผู้วิจัยอธิบายวิธีการเบ่งคลอดแบบชัน้ำ <p>ระยะที่ 2 ของการคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ผู้วิจัยบันทึกเวลา จัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูง 30 องศา 2. ให้ผู้คลอดเริ่มเบ่งโดยใช้วิธี การเบ่งแบบชัน้ำ เริ่มจับเวลา เมื่อผู้คลอดเริ่มเบ่งครั้งแรก และกระตุ้นให้เบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกมีการหดตัวจนกระทั่งเห็นศีรษะทารกทางช่องคลอด (Head seen) 3. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด จัดท่าชัน้ำขาห้อย (Lithotomy) ศีรษะสูง 30 องศาและให้เบ่งคลอดตามการชัน้ำของผู้ดูแลต่อจนศีรษะทารกคลอด จึงให้หยุดเบ่งและหยุดจับเวลา 4. เมื่อทารกคลอดทั้งตัวผู้คลอดได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำห้องคลอด และประเมินสภาพทารกแรกเกิดในนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ตามระบบแอฟการ์ดโดยพยาบาลประจำห้องคลอด 5. หลังคลอด 2 ชั่วโมงผู้วิจัยตามเยี่ยมที่ห้องพักฟื้นและให้ผู้คลอดตอบแบบสอบถามความเหนื่อยล้าและแจ้งให้ทราบว่าระยะ 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินความเหนื่อยล้า 6. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมที่แผนกหลังคลอดอีกสองครั้งในระยะ 12 และ 24 ชั่วโมง ให้ผู้คลอดตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้า 	<p>ระยะที่ 1 ของการคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้คลอดจะได้รับการดูแลตาม ปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอด 2. ระยะเวลาคลอดและปากมดลูกเปิดไม่เกิน 7 เซนติเมตร ผู้วิจัยอธิบายวิธีการเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติ <p>ระยะที่ 2 ของการคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ผู้วิจัยบันทึกเวลา จัดให้ผู้คลอด อยู่ในท่าศีรษะสูง 30 องศา 2. ให้ผู้คลอดเบ่งเองตามธรรมชาติ หากยังไม่รู้สึกอยากเบ่ง ผู้วิจัยจะไม่กระตุ้นให้เบ่ง ปลอ่ยให้ผู้คลอดพักและสนับสนุนให้อยู่ในท่าศีรษะสูง 30 องศา เริ่มจับเวลาเมื่อผู้คลอดเริ่มเบ่งเองครั้งแรก และให้เบ่งจนกระทั่งเห็นศีรษะทารกทางช่องคลอด 3. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดและจัดท่าชัน้ำขาห้อย ศีรษะสูง 30 องศา และให้เบ่งคลอดต่อจนศีรษะทารกคลอด จึงให้หยุดเบ่งและหยุดจับเวลา 4. เมื่อทารกคลอดทั้งตัวผู้คลอดได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำห้องคลอด และประเมินสภาพทารกแรกเกิดในนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ตามระบบแอฟการ์ดโดยพยาบาลประจำห้องคลอด 5. หลังคลอด 2 ชั่วโมงผู้วิจัยตามเยี่ยมที่ห้องพักฟื้นและให้ผู้คลอดตอบแบบสอบถามความเหนื่อยล้าและแจ้งให้ทราบว่าระยะ 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินความเหนื่อยล้า 6. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมที่แผนกหลังคลอดอีกสองครั้งในระยะ 12 และ 24 ชั่วโมง ให้ผู้คลอดตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้า



7) ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยใช้สถิติการทดสอบที (Independent t-test) เปรียบเทียบสัดส่วนใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และเปรียบเทียบค่ากลางใช้การทดสอบ Mann-Whitney U-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของอายุ ส่วนสูง น้ำหนักผู้ทดลอง ก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักเมื่อคลอด อายุครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกคลอด พบว่ามีลักษณะใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 24.69 ปี (SD = 3.68) น้ำหนักเฉลี่ยก่อนตั้งครรภ์ 49.61 กิโลกรัม (SD = 6.31) น้ำหนักเฉลี่ยเมื่อคลอด 62.80 กิโลกรัม (SD = 6.06) ส่วนสูงโดยเฉลี่ย 159.03 เซนติเมตร (SD = 5.38) อายุครรภ์โดยเฉลี่ย 38.6 สัปดาห์ (SD = 1.16) การคาดคะเนน้ำหนักทารกทางหน้าท้องก่อนคลอด 3063.64 กรัม (SD = 296.67) น้ำหนักทารกโดยเฉลี่ยเมื่อคลอด 3005.76 กรัม (SD = 288.82) ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด 9.69 ชั่วโมง (SD = 4.42) ระยะเวลาระยะที่ 2 ของการคลอด 42.95 นาที (SD = 15.95) การเสียเลือดขณะคลอด 251.52 มิลลิลิตร (SD = 66.67)

สำหรับกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.22 ปี (SD = 2.94) น้ำหนักเฉลี่ยก่อนตั้งครรภ์ 50.21 กิโลกรัม (SD = 5.55) น้ำหนักเฉลี่ยเมื่อคลอด 63.90 กิโลกรัม (SD = 4.82) ส่วนสูงโดยเฉลี่ย 158.33 เซนติเมตร (SD = 4.14) อายุครรภ์โดยเฉลี่ย 38.60 สัปดาห์ (SD = .90) การคาดคะเนน้ำหนักทารกทางหน้าท้องก่อนคลอด 3060.61 กรัม (SD = 251.17) น้ำหนักทารกโดยเฉลี่ยเมื่อคลอด 3060.61 กรัม (SD = 386.35) ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด 11.13 ชั่วโมง (SD = 4.63) ระยะเวลาพักก่อนเริ่มเบ่งครั้งแรกตั้งแต่ 4-30 นาที เฉลี่ย 10.67 นาที (SD = 6.38) ระยะเวลาระยะที่ 2

ของการคลอด 32.94 นาที (SD = 17.03) การเสียเลือดขณะคลอด 241.82 มิลลิลิตร (SD = 53.53)

2. ผลลัพธ์การคลอด

2.1 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาเบ่งคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาเบ่งคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

2.2 สัดส่วนของการคลอดปกติทางช่องคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบสัดส่วนของการคลอดปกติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

2.3 คะแนนสภาพทารกแรกเกิดเมื่อนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพทารกแรกเกิดเมื่อนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 โดยใช้ t-test (1-tailed) ของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

2.4 ค่ากลางคะแนนความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอด 2, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบค่ากลางคะแนนความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดของทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีเพียงค่ากลางคะแนนความเหนื่อยล้าในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4)

การอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาเบ่งคลอดระหว่าง 2 กลุ่มพบว่า กลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลาเบ่งคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่ การเบ่งในแต่ละครั้งใช้เวลาสั้นประมาณ 6 วินาที และให้มีเสียงเล็ดลอดได้เป็นการเบ่งคลอดตามกลไกของร่างกายส่งผลให้การเบ่งคลอดแต่ละครั้งมีประสิทธิภาพ ขณะที่การเบ่งคลอดแบบชู้หน้าต้องออกแรงเบ่งอย่างแรงและนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ให้มีลมหายใจและเสียงเล็ดลอดออกมา ซึ่งการเบ่งจะต่อเนื่องไปจนกว่ามดลูกจะคลายตัว การเบ่งในลักษณะดังกล่าวเป็นการฝืนธรรมชาติของ



ร่างกาย และทำได้ยาก⁷ และต้องเริ่มเบ่งคลอดทันทีเมื่อปากมดลูกเปิดหมดแม้จะยังไม่รู้สึกอยากเบ่งเต็มที่ ตามการชี้แนะจากผู้ดูแลการคลอด ตามสรีรวิทยาของการคลอด ภายหลังปากมดลูกเปิดหมดทันที เป็นช่วงระยะที่มดลูกมีการหดตัวลดลงและอยู่ในระยะพักเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเบ่งคลอด การกระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งคลอดตั้งแต่ในระยะนี้ทำให้ผู้คลอดใช้พลังงานในการเบ่งมาก ดังนั้นเมื่อเข้าสู่ระยะเบ่งคลอดจริง ผู้คลอดจึงเกิดความอ่อนล้า ส่งผลให้การเบ่งคลอดไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (21 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.67) ไม่เบ่งคลอดทันทีภายหลังจากปากมดลูกเปิดหมด แต่ชะลอการเบ่งคลอดออกไปจนรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่ (ระยะเวลาพักโดยเฉลี่ย 10.67 นาที) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาพบว่าภายหลังจากปากมดลูกเปิดหมดหากให้ผู้คลอดชะลอการเบ่งคลอดออกไป ผู้คลอดจะใช้ระยะเวลาในการเบ่งคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ได้รับการกระตุ้นให้เบ่งคลอดทันทีภายหลังจากปากมดลูกเปิดหมดโดยไม่เพิ่มระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด^{2,16,17}

ผลการเปรียบเทียบชนิดการคลอดโดยพิจารณาจากการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการช่วยคลอดโดยการใช้สูติศาสตร์หัตถการ พบว่า กลุ่มที่ใช้การเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติมีสัดส่วนของการคลอดปกติมากกว่ากลุ่มที่ใช้การเบ่งคลอดแบบชี้แนะ เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของชนิดการคลอด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ($p > .05$) อาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มครรภ์เสี่ยงต่ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงมีแนวโน้มสามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด

สำหรับสภาพทารกแรกเกิดในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ใช้การเบ่งแบบเบ่งเองตามธรรมชาติมีคะแนนสภาพทารกแรกเกิดในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ใช้การเบ่งคลอดแบบชี้แนะอย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลดิบพบว่า กลุ่มที่ใช้การเบ่งคลอดแบบชี้แนะพบว่ามีภาวะน้ำคร่ำเขียวจำนวน 2 ราย และทารกในครรภ์เกิดภาวะค้ำขังในระยะคลอดจำนวน 2 ราย ซึ่งตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่

มีภาวะน้ำคร่ำเขียว หรือทารกในครรภ์มีภาวะค้ำขังในระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดจะได้รับการช่วยเหลือทันที โดยแพทย์จะให้สิ้นสุดการคลอดภายในระยะเวลา 30 นาที และมีทีมช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ซึ่งการที่ทารกในครรภ์ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ อาจช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะขาดออกซิเจนและทำให้คะแนนแอฟการ์หลังคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

นอกจากนี้การวินิจฉัยภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโดยใช้คะแนนแอฟการ์เพียงอย่างเดียวอาจเป็นวิธีการที่ยังไม่มีความไวเพียงพอเนื่องจากการประเมินด้วยสายตาอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมิน หากสามารถใช้วิธีการตรวจที่มีความละเอียดหรือใช้การประเมินอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่น การตรวจระดับความเป็นกรด-ด่างในเลือดจากสายสะดือทารก¹⁸ ใช้เครื่องบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกขณะอยู่ในครรภ์ และการสังเกตลักษณะของน้ำคร่ำ เป็นต้น อาจช่วยให้เกิดความชัดเจนในการวินิจฉัยมากยิ่งขึ้น

ความเหนื่อยล้าภายหลังคลอด 2, 12 และ 24 ชั่วโมง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ใช้เทคนิคการเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้เทคนิคการเบ่งคลอดแบบชี้แนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนความเหนื่อยล้าในระยะ 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าระยะหลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) อภิปรายได้ว่า การเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติ ผู้คลอดจะชะลอการเบ่งคลอดออกไปจนกว่าจะรู้สึกอยากเบ่งเองจนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งการชะลอการเบ่งทำให้ผู้คลอดได้นอนพักเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ก่อนเริ่มเบ่งคลอดลักษณะของการเบ่งจะเป็นการเบ่งแบบเบ่งสั้น ไม่ต้องกลั้นหายใจและออกแรงเบ่งแรง ๆ เป็นเวลานานและไม่ได้ถูกควบคุมให้มีการเบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกมีการหดตัว ทำให้การเบ่งคลอดมีประสิทธิภาพใช้ระยะเวลาในการเบ่งคลอดสั้น ส่งผลให้ผู้คลอดมีความเหนื่อยล้าลดลง^{17,20} ในทางตรงกันข้าม การเบ่งคลอดแบบชี้แนะผู้คลอดต้องเบ่งตามการชี้แนะของผู้ดูแลการคลอดทุกครั้ง แม้ผู้คลอดจะไม่รู้สึกอยากเบ่ง และให้เริ่มเบ่งคลอดทันที



ที่ตรวจพบว่าปากมดลูกเปิดหมด โดยเมื่อมดลูกเริ่มมีการหดตัวผู้คลอดจะถูกกระตุ้นให้หายใจเข้าลึก ๆ กลั้นหายใจไว้ แล้วออกแรงเบ่งให้แรงและนานมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และเบ่งซ้ำเรื่อย ๆ จนกว่ามดลูกจะคลายการหดตัว ซึ่งผู้คลอดจะต้องออกแรงเบ่งในลักษณะนี้ทุกครั้งที่มีมดลูกมีการหดตัวจนกว่าศีรษะทารกจะคลอด และห้ามส่งเสียงร้องหรือครางในขณะที่เบ่งคลอด การให้ผู้คลอดเริ่มเบ่งทันทีที่ปากมดลูกเปิดหมดแม้ผู้คลอดจะไม่รู้สึกลอยเบ่งทำให้ระยะเวลาที่ใช้ในการเบ่งคลอดและจำนวนครั้งของการเบ่งเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดของกลุ่มที่ใช้เทคนิคการเบ่งคลอดแบบใช้น้ำ จึงสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับระยะ 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด แม้จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดน้อยกว่า แต่ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากทั้งสองกลุ่มได้รับประทานอาหารและน้ำทันทีภายหลังคลอด ญาติและพยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการทำกิจวัตร นอกจากนี้ในระยะหลังคลอดมารดาหลังคลอดสามารถขอยา Paracetamol (500 mg) รับประทานเพื่อลดอาการปวดแผลฝีเย็บได้ทุก 4-6 ชั่วโมง ช่วยลดความไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลฝีเย็บ ทำให้อนหลับพักผ่อนได้ทำให้มารดาหลังคลอดได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ในระยะ 12-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด อาจช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการคลอด จึงทำให้คะแนนความเหนื่อยล้าในระยะ 12 และ 24 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน อีกทั้งผู้คลอดทั้งสองกลุ่มมีปริมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (251.52 มิลลิลิตรในกลุ่มควบคุม และ 241.82 มิลลิลิตรในกลุ่มทดลอง) ซึ่งเป็นปริมาณที่ผู้คลอดสามารถปรับตัวได้จากการที่มีปริมาตรเลือดเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์จึงทำให้ร่างกายมีออกซิเจนเพียงพอสำหรับการเผาผลาญเพื่อให้เกิดพลังงานสามารถนำไปใช้ในระหว่างการคลอดได้^{21,22} จึงอาจส่งผลให้ค่าคะแนนความเหนื่อยล้าหลังคลอดในระยะ 12 และ 24 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้คลอด ในการนำวิธีการเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติซึ่งเป็นวิธีการเบ่งคลอดที่มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยต่อทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาเบ่งคลอดและความเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะหลังคลอด
2. บุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลการคลอดรวมถึงในสถาบันการศึกษาที่มีการเรียนการสอนทางการพยาบาล ควรได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการฝึกและทำความเข้าใจถึงแนวทางการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอด เพื่อสนับสนุนให้ผู้คลอดเบ่งคลอดโดยวิธีการเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติ ที่พบว่าส่งผลดีต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์
3. การศึกษาผลของการเบ่งคลอดต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยใช้คะแนนแอฟการ์ เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่ไวพอต่อการวินิจฉัย อีกทั้งเป็นการประเมินด้วยสายตา อาจทำการศึกษาซ้ำโดยใช้วิธีการตรวจประเมินสภาพทารกแรกเกิดที่ละเอียดร่วมด้วย เช่น การใช้เครื่องบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกขณะอยู่ในครรภ์ การตรวจเลือดจากสายสะดือหรือหนังศีรษะทารก เพื่อตรวจระดับความเป็นกรด-ด่าง ความดันของออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ เป็นต้น ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยให้การประเมินสภาพทารกแรกเกิดมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น
4. หากมีการศึกษาเรื่องความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดซ้ำ ควรมีการควบคุมในเรื่องการได้รับยา Paracetamol แก่ปวด ในระยะหลังคลอด เนื่องจากอาจมีผลต่อการลดอาการปวดมดลูก และแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด ซึ่งอาจมีผลต่อการนอนและการพักผ่อนของมารดาในระยะหลังคลอด รวมถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติในระยะหลังคลอด ซึ่งอาจส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอดได้



References

1. Soong B, Barnes M. Maternal Position at Midwife-attended Birth and Perineal Trauma: Is there an Association Birth 2005; 32: 164-9.
2. Wattanawilai C, Rakpuangchon W, Chisaena R, Prachakul S. Effects of childbirth preparation program on psychological factors, Pain coping behaviors, and birth outcome in primipara. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2010; 28(4): 27-34.
3. Yeates DA, Roberts JE. A comparison of two bearing-down techniques during the second stage of labor. *The Journal of Midwifery & Women's Health* 1984; 29(1): 3-11.
4. Martin CJH. Effects of valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing. *British Journal of Midwifery* 2009; 17(5): 279-285.
5. Thomson AM. Pushing techniques in the second stage of labour. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18, 171-177.
6. Thanapol L, Anusornteerakul S, Aungpunsawong S. Effectiveness of Abdominal Massage with Bergamot Essential Oil on The First Stage of Labour. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division*. 2008; 26(1): 67-74.
7. Robert JE, Goldstein SA, Gruener JS, Maggio M, Mendez-Bauer C. A descriptive analysis of involuntary bearing-down efforts during the expulsive phase of labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 1987; (January/February).
8. Lai ML, Lin KC, Li HY, Shey, KS, Gau ML. Effect of delayed pushing during the second Stage of Labor on postpartum fatigue and birth outcome in nulliparous Woman. *Journal of Nursing Research* 2009; 17(1): 62-71.
9. Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire DD, Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006; 194: 10-13.
10. Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage Labor on fetal well-being a randomized clinical trial. *Nursing Research* 2005; 54(3): 149-157.
11. Boonsawatgulchai P. Sample Size Determinant for Nursing Research by Power Analysis. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2003; 21(2): 20-30.
12. Pugh LC, Milligan R. A framework for the study of childbearing fatigue. *Advances in Nursing Science* 1993; 15(1): 60-70.
13. Thaitae S. Effect of Fatigue Management Program during Stage of Labour on the Level of Fatigue of Primigravidarum Parturient Women. *Journal of Nursing Division* 2011; 38 (2): 19 - 33.
14. Yurachai M, Ratinthorn A, Serisathien Y, Sinsuksai N. Pushing on postpartum Fatigue, Perineal Pain and Childbirth Satisfaction, *Journal of Nursing Science (Supplement 2)* 2009; 27(September-December): 27-36.
15. Apgar V. A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Current Researches in Anesthesia and Analgesia* 1953; (July-August).
16. Kelly M, Johnson E, Lee V, Massey L, Purser D, Ring K, et al. Delayed versus immediate pushing in second stage of labor. *American Journal of Maternal Child Nursing* 2010; 35(2): 81-88.
17. Hansen SL, Clark SL, Foster JC. Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: A randomized controlled. *Obstetric & Gynecology* 2002; 99(1): 29-34.
18. Papile LA. The APGAR Score in The 21st Century. *The New England Journal of Medicine* 2001; 15(February): 519-520.



ตารางที่ 1 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาเบ่งคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาเบ่งคลอด(นาที)		t	p-value
	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	25.48	16.84	3.874***	.000
กลุ่มควบคุม	47.97	28.78		

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของการคลอดปกติทางช่องคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

วิธีการคลอด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2	OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
คลอดปกติ	30	90.9	32	97.0	.31	1.07	.94 -1.21	.307
คลอดผิดปกติ	3	9.1	1	3.0				
1. ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	1	3.0	1	3.0				
2. ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	2	6.1	0	0				

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบเมื่อนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

คะแนนสภาพทารก แรกเกิด	กลุ่มควบคุม (n=33)			กลุ่มทดลอง (n=33)			t	p-value
	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD		
นาทีที่ 1	8-10	9.88	.42	9-10	9.97	.17	-1.160	.25
นาทีที่ 5	9-10	9.97	.17	10-10	10.00	.00	-1.000	.32

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความเหนื่อยล้าในระยะ 2, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในรายที่มีการคลอดทางช่องคลอด

ความเหนื่อยล้า ช่วงเวลา หลังคลอด	กลุ่มควบคุม (n=31)			กลุ่มทดลอง (n=33)			Z	p-value
	Range	Med.	I.Q.R	Range	Med.	I.Q.R		
2 ชั่วโมง	34-101	64.00	17.24	31-98	52.00	16.18	-1.721*	0.042
12 ชั่วโมง	35-85	53.00	12.09	31-91	49.00	12.01	-0.981	0.163
24 ชั่วโมง	34-74	44.00	9.72	31-76	41.00	10.99	-0.498	0.309

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



The Effects of Pushing Techniques on Birth Outcome and Postpartum Fatigue among Nulliparous Women*

Atitthan Taedaengpet M.N.S.** Nilubon Rujirapraserth PhD*** Wichuda Chaisiwamongkol M.S. (Statistics)****

Abstract

The coached pushing technique is used as standard delivery care in the second stage of labor in hospital. A randomized control trial using the post-test only control group design was used for this study. The purpose was to determine the effects of pushing techniques on birth outcomes, including pushing time, type of delivery, neonatal status, and postpartum fatigue after 2, 12, 24 hours. Sixty-six nulliparous, who has normal pregnancy, were randomized to either a control group or an experimental group (33 women each group). Women in the control group were informed and supported in using coached pushing technique, while the experimental group women were informed and supported in pushing spontaneous technique. Data were collected using pregnancy and labour data record and postpartum fatigue questionnaire. Data were analyzed using t-test, Chi-Square and Mann-Whitney U-test.

Results of the study revealed that the experimental group had significantly shorter mean pushing time than the control group ($p < .001$). After the birth, the experimental group had significantly less median postpartum fatigue score than the control group at 2 hours after delivery ($p < .05$). No significant differences were found between the two groups in type of delivery, Apgar score, and postpartum fatigue score in 12, 24 hours. In conclusions, spontaneous pushing technique helps decrease pushing time and postpartum fatigue, and safe for both mother and newborn. It should be promoted to use with women during the second stage of labour.

Keywords: pushing technique, spontaneous pushing, birth outcome, postpartum fatigue

* Thesis of Master of Nursing Science, Advanced Midwifery, Graduate School, Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science Program in Advanced Midwifery, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Center for Research and Training on Gender and Women's Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Associate Professor, Department of Statistics, Faculty of Science, Khon Kaen University



การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาย ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิโดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม*

จารุพัทธ์ สุขุมลพพิทักษ์ พย.ม.**

วัลย์พร นันทศุภวัฒน์ ศศ.ด.***

พร้อมจิตร ท่อนบุญheim ศศ.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยชายโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ในระหว่างเดือนเมษายน 2552 ถึงเดือนกรกฎาคม 2553 โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยชายโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลและระดับปานกลางถึงมาก โดยมีค่าดัชนีบาร์เธล เอดีแอล 25 ถึง 70 คะแนน จำนวน 15 ราย และผู้ดูแล จำนวน 15 ราย ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทที่ศึกษา พบว่า การปฏิบัติจริงยังไม่ครอบคลุมตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้ เนื่องจากผู้รับผิดชอบยังไม่ได้รับการแต่งตั้งอย่างชัดเจน ขาดการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็นแนวทางการดูแล และโอกาสในการหายจากโรค จากภาระงานที่มากในแต่ละเวรทำให้การให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายยังไม่เพียงพอ การส่งผู้ป่วยเพื่อทำกายภาพบำบัดหรือส่งเรียนทำอาหารทางสายยางมีเพียงครั้งเดียวก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจ มีความต้องการทักษะและข้อมูลต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมั่นใจ จากสถานการณ์ดังกล่าว กลุ่มผู้ร่วมวิจัยจึงได้ร่วมกันพัฒนางานเพื่อแก้ปัญหา โดยการสร้างแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับหอผู้ป่วยอายุรกรรม จากทีมสหสาขาวิชาชีพ กำหนดระยะเวลา 5 วันนอน ผลการทดลองปฏิบัติตามแบบแผนการดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 15 คู่ พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวันจำหน่ายเพิ่มขึ้นจากวันแรกรับเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับระดับมากที่สุดร้อยละ 73.3 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในวันจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมีระยะวันนอนรักษาเฉลี่ย 5.13 วันต่อครั้ง ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 7,010.27 บาทต่อครั้ง ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

คำสำคัญ: แบบแผนการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาย วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและความพิการระยะยาวในหลายประเทศทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในประเทศอุตสาหกรรม¹ ในขณะที่เดียวกันโรคหลอดเลือดสมองก็เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในสหรัฐอเมริกา รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็งทุก ๆ 3 ถึง 4 นาทีจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุก ๆ 45 วินาทีจะมีคนเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละปีมีประชาชนประมาณ 700,000 คนที่ประสบกับการเป็นโรคหลอดเลือดสมองใหม่หรือกลับเป็นซ้ำประมาณ 500,000 คนที่เป็นใหม่และ 200,000 คนกลับเป็นซ้ำ² อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น อัตราตายโดยทั่วไปมีแนวโน้มลดลง³ สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ดทั้งจำนวนผู้ป่วยในและจำนวนผู้ที่เสียชีวิตมีแนวโน้มที่จะลดลงในปี พ.ศ. 2549 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550⁴ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้ป่วยในและจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2549 และแนวโน้มที่จะลดลงในปี พ.ศ. 2550 จำนวนวันนอนเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งต่อคนค่อนข้างสูง และสูงมากขึ้นในรายที่เสียชีวิต⁵

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า หมายถึง กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง เกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่ทำให้เกิดสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง⁶ นอกจากนี้ยังได้แบ่งผลที่เกิดตามหลังความเจ็บป่วย (Outcome) เป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่เป็นความบกพร่อง (Impairments) ส่วนที่เป็นความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ (Disabilities) และส่วนที่เป็นภาวะด้อยโอกาส (Handicaps)⁷ ส่งผลให้บทบาทในสังคมลดลง⁸ จะเห็นได้ว่าผลที่เกิดตามมาหลังความเจ็บป่วยไม่เพียงแต่เกิดกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน และสังคมด้วย

จากที่กล่าวมาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการได้มากที่สุด

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ย่อมมีปัญหาในการกลับคืนสู่สังคม และต้องการการดูแลจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะประสบผลสำเร็จได้ต้องเป็นการดูแลแบบสหสาขาโดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพที่ตนมีอยู่ กลับคืนสู่สังคมของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นภาระต่อครอบครัวน้อยที่สุด⁹ เช่นเดียวกับนิพนธ์ พวงวรินทร์ และอดุลย์ วิริยเวชกุล¹⁰ กล่าวว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรหลายฝ่ายประกอบกัน

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาและกึ่งทดลอง แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษารายละเอียดสภาพการณ์จริงในหอผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ให้ครอบคลุมบริบทที่ศึกษา และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของสตรีท (Street)¹¹ โดยการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มจากการพัฒนาคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวางแผนจำหน่าย และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา



วางแผน ปฏิบัติตามแผน วิเคราะห์ข้อมูล สะท้อนการปฏิบัติ และทดลองปฏิบัติใหม่ โดยใช้การประชุมกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องในลักษณะของการคิดใหม่ ทำใหม่ และคิดไป ทำไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยคัดเลือกจากทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรคด้านอายุรกรรม (Patient Care Team) ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นประจำ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษา เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านและพยาบาลจิตเวช 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 15 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เพศชายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นครั้งแรก มีอัมพาตครึ่งซีกหรือมีอาการแขนขาข้างซ้ายหรือขวาอ่อนแรงตั้งแต่อ่อนแรงมากถึงไม่มีการเคลื่อนไหวเลย ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 25 - 70 คะแนน ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ อยู่ในเขตจังหวัดร้อยเอ็ดที่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 3) ผู้ดูแล จำนวน 15 ราย เป็นผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตลอดการวิจัยมีอายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ซึ่งได้แก่ บุคลากรทีม

สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองในขั้นตอนการวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยประยุกต์มาจากการทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2.2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินบาร์เธล ผู้วิจัยนำฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา¹² มาใช้ เครื่องมือนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า กิจกรรมที่ศึกษามี 10 กิจกรรม ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 10 ราย แล้วนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 2.3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดยเยาวลักษณ์ หาญชिरพงศ์ และคณะ¹³ มีข้อคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดในการให้ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะอีก 1 ข้อ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 2.4) แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย ภาวะปอดบวม การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ การเกิดข้อยึดติด และ 2.5) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ในปัจจุบัน (Reconnaissance) เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์ต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหา โดยการสัมภาษณ์ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม 2) ขั้นตอนการวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญห (Plan for action) เพื่อกำหนดแนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) ขั้นตอนลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (Take action



& collect data on action) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลหลักจำนวน 15 คู่ ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน

4) ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 3 นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

5) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยการนำข้อมูลที่รวบรวมไว้ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 4 มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกันเพื่อการสะท้อนผลการปฏิบัติ และหาวิธีการในการปรับปรุงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทิศทางที่เหมาะสม

6) ขั้นตอนการทดลองปฏิบัติใหม่ (Replan) จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมวิจัย นำข้อมูลที่ศึกษาได้จากขั้นตอนที่ 5 นำมาปรึกษาและร่วมวางแผนการปฏิบัติใหม่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับคำรับรองในการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้มีการชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยว่ามีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำมาใช้วิเคราะห์ในทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และแบบวัดความพึงพอใจ ใช้สถิติพรรณนาหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันแรกกับเข้ารับรักษาและวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้ Paired t - test หลังการทดลองการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติโดยใช้ Kolmogorov - Smirnov Test

ผลการวิจัย

การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทที่ศึกษา พบว่า การปฏิบัติจริงยังไม่ครอบคลุมตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้ เนื่องจากผู้รับผิดชอบยังไม่ได้รับการแต่งตั้งอย่างชัดเจน ขาดการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลต้องการทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็น แนวทางการดูแลและโอกาสในการหายจากโรค จากภาระงานที่มากในแต่ละเวรทำให้การให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายยังไม่เพียงพอ การส่งผู้ป่วยเพื่อทำกายภาพบำบัดหรือส่งเรียนทำอาหารทางสายยางมีเพียงครั้งเดียวก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจ มีความต้องการทักษะและข้อมูลต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเองที่บ้านอย่างมั่นใจ ผลการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจำนวน 15 คู่ พบว่า

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายทั้งหมด นับถือศาสนาพุทธ มีอายุอยู่ในช่วง 38-84 ปี อายุเฉลี่ย 69.8 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรรม มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ระดับ Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบพยาธิสภาพที่สมองข้างซ้ายและขวาเท่ากัน ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ส่วนผู้ดูแลหลักพบว่า เพศหญิงทั้งหมด อายุอยู่ระหว่าง 36-68 ปี อายุเฉลี่ย 53.6 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และไม่มีโรคประจำตัว

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ยมากกว่าวันแรกกับเข้ารับรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมา คือ ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 26.8

4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยทุกรายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งภาวะปอดบวม ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และข้อยึดติด

5. ระยะเวลานอนเฉลี่ยและค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย 5.13 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 7,010.27 บาท



การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ รวมถึงจำนวนวันนอนเฉลี่ยและค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ยมากกว่าวันแรกรับเข้ารักษา สอดคล้องกับการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่น¹³ ที่ทำการติดตามและประเมินผลหลังจำหน่าย 30 วัน พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยทุกรายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลอภัยภูเบศร พบว่า ผลของการให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลในการดูแลทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนลง⁶ ส่วนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือระดับมากคิดเป็นร้อยละ 26.8 ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพสถาบันประสาทวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก¹² ระยะวันนอนเฉลี่ยและค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยมีความเหมาะสม พบว่า จำนวนวันนอนรักษาเฉลี่ย 5.13 วัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น คือ 5 วัน สอดคล้องกับการ

พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่นที่พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.7 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 7,010.27 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ หาญวชิรพงศ์และคณะ ที่พบว่า ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 7,141 บาท¹³

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือ ได้ทำการศึกษาถึงรายละเอียดสภาพการณ์จริงในหอผู้ป่วย เป็นการเสริมสร้างความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงการส่งต่อการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้านด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม^{14,15} นับได้ว่าเป็นการพัฒนาการให้บริการระบบสุขภาพที่แสดงถึงศักยภาพของทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ได้เกิดการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมมือ และร่วมใจในการหาแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ย่อมส่งผลให้รูปแบบการดูแลมีแนวโน้มที่จะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามประเมินผลระยะยาวถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงอัตราการกลับมารักษาซ้ำ โดยติดตามเป็นระยะ 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสม
2. ควรมีการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสม และขยายสู่หอผู้ป่วยอายุรกรรมอื่น ๆ ต่อไป



References

1. Valery LF, et al. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population based studies: a systematic review. *The Lancet Neurology* 2009; 8(4): 355 – 369.
2. American Heart Association and American Stroke Association. *Heart Disease and Stroke Statistics 2007 Update At-a-Glance*. [cited 2008 June 8]. Available from: <<http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1166712318459HS-StatsInsideText.pdf>>
3. Bureau of Policy and Strategy, office of Permanent Secretary. *Bureau of Non Communicable Disease Statistics Patient Stroke*. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy; 2006.
4. Bureau of Policy and Strategy, Roied Public Health Office. *Statistics Patient Stroke*. Roied Province: Roied Public Health Office; 2008.
5. Data Center of Roied Hospital, Roied Province. *Statistics Patient Stroke*. Roied Province: Roied Hospital; 2008.
6. Imsuk K. Effects of Multidisciplinary Developmental Care Model in Patients with Stroke at Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(3): 15-24.
7. Ones K, et al. Quality of Life for Patients Post-stroke and the Factors Affecting It. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2005; 14(6) : 261 – 266.
8. Khampolsiri T. Quality of Life of Stroke Survivors: Concept and Assessment. *Thai Journal of Nursing Council* 2005; 20(2): 65-74.
9. Sharejoho T, Khamla A, Pattanajid vilai S. The Development of Self Health Promotion by Support Group Model in the Risk Group of Heart Disease, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(1): 41-50.
10. Phompaserd S, Kongchum V, Laur P. Development plan for patients with stroke of Nakronnayok Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2008; 26(4): 40-50.
11. Teeranut A. Development of Transitional Care Model for the Elderly with Chronic Illnes (Thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2005.
12. Chawapanon V, Viparksongkhor S. Development of care map for cerebrovascular disease patients using multidisciplinary team approach Prasart Neurological institute. *Journal of Nursing Division* 2007;34(3): 7
13. Hanvashirapong Y . Development of care map for cerebrovascular disease patients using multidisciplinary team approach, Khon Kaen Hospital. Khon Kaen: Nursing Department of Khon Kaen Hospital; 2006.
14. Traumatic Brain Injury S, Tantivisut S, Namvongprom A, Sirikul S. Effectiveness of Nursing System Development in Using Evidence-based Protocol on Quality of Care in Patients with. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(3): 5-14.
15. Kunurai T, Namvongprom A, Chatchumni M, Yongyut U. Effects of Nursing System Development in using Evidence-Based Protocol on Quality of Care in Patients with Ventilators in Intensive Care Unit, Singburi Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(2): 25-34.



Development of a Care Model for Male Stroke Patients in Secondary Hospital Using a Participatory Action Research

Jarupak Sukhumanpitak M.N.S.*

Walaiporn Nantsupawat PhD**

Promjit Hornboonherm PhD***

Abstract

A participatory action research was adopted in this study to develop a care model for male stroke patients in the secondary hospital. The study was conducted between April 2009 and July 2010 in a medical unit. The participants included registered nurses who worked in the medical unit, multidisciplinary team, fifteen stroke patients who had activity of daily living in moderate and severe dependence (Barthel ADL Index scores between 20 and 70) and fifteen caregivers. The results of situational analysis were found that the existing stroke care services didn't adhere to the established guidelines because an assignment for responsible was not clear, lacking of coordinate with multidisciplinary team about patients' care after admission. Patients and their caregivers needed to know disease, care plan and prognosis. Because of work overload, nurses could not give information and train their patients sufficiently before discharge. Patients were sent to physical therapy and studied for make Blenderized only one time before discharge, made stroke patients and their caregivers felt unconfident. As the results, the research team designed several interventions to address these problems by develop a care model for stroke patients in the medical unit by multidisciplinary teams for 5 days duration. A care model was implemented for 15 stroke patients and 15 their caregivers. The result showed that activity of daily living (ADL) scores of the stroke patients in discharge day were significantly increasing compared to the scored reports in admission day ($p < .05$). The satisfaction levels of stroke patients and caregiver were at high set level (73.33%). The patients had not complication in discharge day. The average length of stay of stroke patients was 5.13 days, the average health care cost was 7,010.27 baht per time. These findings suggest that the care model developed from multidisciplinary team was appropriate and efficient for improving activities of daily living of stroke patients, decreasing complication, and increasing satisfaction level.

Keywords: Care Model, Male stroke patients, Participatory Action Research

* Thesis of Master of Nursing Science, Advanced Midwifery, Graduate School, Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science Program in Advanced Midwifery, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Center for Research and Training on Gendear and Women's Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Associate Professor, Department of Statistics, Faculty of Science, Khon Kaen University



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนเม็ดเลือดขาว อัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิต*

ทรงเดช ประเสริฐศรี พย.บ.**

อำภพร นามวงศ์พรหม PhD***

น้ำอ้อย ภักดิ์วงศ์ ศส.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนเม็ดเลือดขาว อัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร AC แบบผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยนอก ศูนย์มหาวชิราลงกรณ ญันบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม 2553 – กรกฎาคม 2554 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 41 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 21 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ แผนการสอน ต้นแบบ และคู่มือส่งเสริมสุขภาพตนเอง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบบันทึกข้อมูลผลการทดลอง และแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square, Mann-Whitney U test, Wilcoxon Signed Rank Test และ Paired t-test ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมหลังเข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ANC ของกลุ่มที่เข้าโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .036$) อัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ($p = .488$ และ $.401$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนเม็ดเลือดขาว อัตราการติดเชื้อ คุณภาพชีวิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขระดับโลก องค์การอนามัยโลกคาดว่าในปีพ.ศ. 2558 จะมีประชากรป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปีละ 10,000,000 คน เป็น 15,700,000 คน¹ สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งทั่วประเทศของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2553 พบว่ามะเร็งเต้านมพบมากที่สุดในเพศหญิง โดยพบร้อยละ 40² มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของสตรีทั่วโลก และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปีโดยมะเร็ง

เต้านมพบได้มากถึง 1 ใน 4 ของมะเร็งเพศหญิง และเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 2 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งปอด¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้หญิงป่วยและต้องรักษาด้วยโรคมะเร็งเต้านมสูงถึง 2.4 ล้านคน โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แต่ใช้เวลานานหลายปีในการก่อโรค หากตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มต้นก็สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 80 – 100 โดยการรักษามะเร็งเต้านมตามมาตรฐาน จะพิจารณาจากระยะของโรค คือ Stage 0 – IV ดังนี้ Stage 0 มี 2 ชนิดคือ Lobular Carcinoma In Situ (LCIS) จะรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ Lumpectomy แล้ว ตามด้วยรังสี

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**นักศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

***อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



รักษา และ ชนิด Ductal Carcinoma In Situ (DCIS) จะรักษาด้วยการผ่าตัด Mastectomy Stage I, II และ III A การรักษาจะคล้ายคลึงกัน กรณีทำผ่าตัด Mastectomy แพทย์จะพิจารณาให้เคมีบำบัดจนครบ Course แล้วตรวจ Hormone receptor เมื่อผล Hormone receptor positive จะได้รับยา Hormone อีก 5 ปี กรณีทำผ่าตัด Lumpectomy แล้วให้เคมีบำบัด และรังสีรักษาจากนั้นให้ยา Hormone อีก 5 ปี เมื่อผล Hormone receptor positive หากก่อนมะเร็งมีขนาดใหญ่อาจพิจารณาให้เคมีบำบัดก่อนแล้วจึงผ่าตัด และกลับมาให้เคมีบำบัดอีกเมื่อผ่าตัดแล้ว Stage IIIB และ IIIC จะรักษาแบบ Neoadjuvant ด้วยการให้เคมีบำบัดก่อนเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัดแล้วจึงผ่าตัด Mastectomy และกลับไปให้เคมีบำบัด แล้วจึงให้รังสีรักษา (จะพิจารณาให้ยา Hormone เมื่อผล Hormone receptor positive) ส่วน Stage IV จะพิจารณารักษาแบบ Systemic Treatment ด้วยการให้เคมีบำบัด หรือ Hormone^{3,4} รักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกันจึงจะมีผลให้การรักษายาวนานได้ การให้เคมีบำบัดโดยใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปจำนวน 4 – 6 ชุด (Cycle) หรือเป็นระยะเวลา 3 – 6 เดือน ส่งผลให้เกิดการเพิ่มอัตราการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรก

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม Stage I มี 5-year survival ร้อยละ 100 การให้เคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงมากกว่าเคมีบำบัดชนิดเดียว อาการข้างเคียงจากยาก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย เช่น ภาวะ Neutropenia จะมีผลให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงจนผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁵⁻⁹ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะ Neutropenia จะมีอาการแปรผันรุนแรงตามจำนวนเม็ดเลือดขาวที่ลดลง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีภาวะ Neutropenia ผู้ป่วยที่มีภาวะ Neutropenia ที่มีไข้วร่วมด้วยจะพบการติดเชื้อร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลบ.มม. จะมีการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ประมาณร้อยละ 20¹⁰ ภาวะ Neutropenia มีการจัดแบ่งระดับความรุนแรงไว้ 4 ระดับตามผลการคำนวณค่าจำนวนเม็ดเลือดขาว (Absolute Neutrophil Count, ANC)

ประกอบด้วย ระดับที่ 1 ANC 1,500 – 2,000 ระดับที่ 2 ANC 1,000 – 1,500 ระดับที่ 3 ANC 500 – 1,000 และระดับที่ 4 ANC ต่ำกว่า 500⁶ ผู้ป่วยที่มีภาวะ Neutropenia จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องหยุดชโล หรือลดขนาดของการให้เคมีบำบัดลง เป็นผลให้การรักษาไม่เกิดประสิทธิผลตามที่คาดหวัง นอกจากนี้บางกลุ่มจะปฏิเสธไม่ขอรับการรักษาต่อด้วยเคมีบำบัด หลังจากเกิดผลข้างเคียงของยา เหล่านี้เป็นเหตุของการเพิ่มอัตราการตาย^{6,10,11} การป้องกันภาวะ Neutropenia เป็นบทบาทที่สำคัญของทีมสุขภาพ ในส่วนของแพทย์จะมุ่งที่จะให้ยากกลุ่ม Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF) ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะ Neutropenia อัตราการติดเชื้อ อัตราการตาย และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้¹²⁻¹⁷ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Neutropenia เพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งการสนับสนุนการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภาวะ Neutropenia คือการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ดูแลเรื่องภาวะโภชนาการ¹⁸⁻²² การออกกำลังกาย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสมจะทำให้มีการรับรู้ที่ดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น^{23,24} และการให้ยา G-CSF ตามแผนการรักษา ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นจะส่งผลให้เม็ดเลือดขาว สูงขึ้น อัตราการติดเชื้อลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนเม็ดเลือดขาวและอัตราการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่เข้าโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์²⁵ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพมีมโนทัศน์หลัก 3 ประการ คือ 1) คุณลักษณะและประสบการณ์ 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และ 3) ผลลัพธ์ ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยมุ่งจัดกระทำกับอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์เกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ANC อัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative study) ชนิด Retrospective and Prospective Uncontrolled before and after Intervention Study เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ANC อัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง เลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงอายุ 15 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยเคมีบำบัด Regimen AC เป็นครั้งแรก 3) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้มาโดยการกำหนดระยะเวลา คือ กลุ่มไม่ได้รับโปรแกรม (Retrospective group) จะศึกษาในช่วงระยะเวลา 4 เดือน ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจำนวน 21 ราย และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ (Prospective group) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในช่วงระยะเวลา 4 เดือนจำนวน 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Prospective group) ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แผนการสอน ต้นแบบ และคู่มือการส่งเสริมสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบบันทึกข้อมูลผลการทดลอง และแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ที่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตทำการวิจัยจาก ศูนย์มหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี ดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลในศูนย์มหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี พร้อมทั้งขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดประชุมบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Neutropenia โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และการประสานงานในหน่วยงานก่อนการปฏิบัติ กลุ่มไม่ได้รับโปรแกรมศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้สถิติ

1) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ทดสอบการกระจายของอายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับ Albumin Hct ANC คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk 3) เปรียบเทียบความเท่าเทียมกัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่เข้าโปรแกรมด้าน อายุ BMI Albumin Hct ระดับ ANC คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ Mann-Withney U test ส่วนระยะของโรค ตำแหน่งที่มีการกระจาย และอัตราการติดเชื้อ ทดสอบด้วยสถิติ Chi - Square 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อน และหลังการเข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ส่วนคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test 5) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับ ANC ระหว่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่เข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Mann-Withney U test และอัตราการติดเชื้อ โดยใช้สถิติ Chi - Square 6) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อน และหลังการเข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test



ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 ราย แบ่งเป็นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 21 ราย และกลุ่มที่เข้าโปรแกรม 20 ราย ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า มีอายุระหว่าง 39 – 59 ปี และมีอายุเฉลี่ย 44.52 ปี (SD = 8.01) ใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ (12 ราย, ร้อยละ 57.1) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (10 ราย, ร้อยละ 47.6) มีรายได้ระหว่าง 1,000 – 40,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 12,666.67 บาทต่อเดือน (SD = 9361.27) มีรายได้มาจากตนเองมากที่สุด (8 ราย, ร้อยละ 38.1) ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด (9 ราย, ร้อยละ 42.9) อยู่ระหว่าง 18.55 – 28.29 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.71 (SD = 4.58) เรื่องระยะของโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 1 และ 2 (11 ราย, ร้อยละ 51.4) ส่วนใหญ่ไม่มีการกระจายของโรค (15 ราย, ร้อยละ 71.4)

กลุ่มที่เข้าโปรแกรมเมื่อจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 33 – 58 ปี และมีอายุเฉลี่ย 45 ปี (SD = 5.56) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ (16 ราย, ร้อยละ 80) มีรับจ้างมากที่สุด (11 ราย, ร้อยละ 55) รายได้ระหว่าง 3,000 – 50,000 บาทต่อเดือน ได้เฉลี่ย 15,350 บาทต่อเดือน (SD = 12227.12) ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากตนเอง (14 ราย, ร้อยละ 70) ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด (8 ราย, ร้อยละ 40) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.14 (SD = 4.28) ในเรื่องระยะของโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 1 และ 2 (13 ราย, ร้อยละ 65) ส่วนใหญ่ไม่มีการกระจาย (18 ราย, ร้อยละ 90) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านอายุ ดัชนีมวลกาย Albumin และ Hct ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .771$.619, 1.000 และ .628 ตามลำดับ) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้าน ระยะของโรค ตำแหน่งที่มีการกระจายระหว่างกลุ่มที่เข้าโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Chi – Square พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .412$ และ $p = .238$ ตามลำดับ)

2. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เมื่อเปรียบเทียบความ

แตกต่างด้าน ANC ระหว่างกลุ่มที่เข้าโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann – Withney U test พบว่าไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.39$, $p = .163$)

3. เปรียบเทียบภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สามารถส่งเสริมให้กลุ่มที่เข้าโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม หลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และส่งผลให้ ANC สูงขึ้นได้ในครั้งที่ 2, 4, 5, 7 และ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$, .045, .016, .026 และ .037 ตามลำดับ) ส่วนด้านการติดเชื้อและคุณภาพชีวิตโดยรวมพบไม่แตกต่างกัน ($p = .488$ และ .401 ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวคิด แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์²⁵ โดยผลสำเร็จของโปรแกรมที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจาก กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้จากต้นแบบ ทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญอีกประการ คือ อิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

2. จำนวนเม็ดเลือดขาว ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มที่เข้าโปรแกรมมีระดับ ANC อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีแนวโน้มคงที่และสม่ำเสมอซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมได้ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดขาว ได้แก่ การรับประทาน



อาหาร การออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ป้องกันการติดเชื้อ²⁶

3. อัตราการติดเชื้อ พบว่าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการติดเชื้อ 2 ราย (ร้อยละ 9.5) แต่ในกลุ่มที่เข้าโปรแกรม ไม่มีการติดเชื้อเลย ถึงแม้ว่าจากการทดสอบทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อระหว่างกลุ่มที่เข้าโปรแกรม และที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะไม่แตกต่างกัน แต่ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามโปรแกรมมีนัยสำคัญทางคลินิก เพราะเมื่อเกิดการติดเชื้อขึ้นจะส่งผลให้มีความทุกข์ทรมานจากการติดเชื้อ สมรรถภาพของร่างกายไม่ดี และอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น²⁷

4. คุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น แม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่แนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้น จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทำให้มีการเกิดภาวะสุขภาพที่ดี กลุ่มตัวอย่างจึงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้าน ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยลดลง เนื่องจากอาการข้างเคียงที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่แตกต่างหลายหลาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผม่วิ่ง สิวเปลี่ยนแปลง น้ำหนักลด ภาวะลักษณะเปลี่ยนไป ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้คะแนนในเรื่อง ความพอใจกับความสุขทางเพศของตนเองลดลง มีผลทำให้มีความต้องการพึ่งพามากขึ้น ทั้งหมดล้วนแต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ลดลง^{28,29}

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี Regimen AC ไปใช้ในผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกันควรคงไว้ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล

2. การเลือกต้นแบบของโปรแกรมควรเป็น คนเดิม หากไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกครั้ง อาจบันทึกโดยใช้วิดีโอ ต้นแบบแทน

3. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังครบการรักษาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

4. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างและทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลให้ ANC สูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ประคอง อินทรสมบัติ ผศ.ดร.อำภพร นามวงศ์พรหม และ ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ที่กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ขอขอบคุณต้นแบบ และผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทุกท่าน

References

1. World Health Organization (WHO). "Cancer." [Online] 2009[cite 2009 March 30]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. National Cancer Institute. Hospital-base cancer registry. Bangkok Thailand: Pimrumthaipalace; 2010.
3. National Cancer Institute. Chemotherapy. [Online] 2009 [cite 2009 January 10]. Available from: <http://www.nci.go.th/Knowledge/chem.html>
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Breast Cancer. Clinical Practice Guidelines in Oncology; 2009.
5. Kanitsap N, Auewarakul C. Outcome of febrile neutropenia in patients with leukemia and lymphoma. Siriraj Medical Journal 1999; 11: 857 – 864.
6. Crawford J, et al. Chemotherapy-induced neutropenia Risk. Consequences and new directions for its Management Cancer 2003; 100: 228-237.
7. Marrs JA. Care of Patient With Neutropenia. Clinical Journal of Oncology Nursing 2006; 10: 164-165.



8. Schwartzberg LS. Neutropenia: Etiology and Pathogenesis. *Clinical Cornerstone* 2006; 8: 5-11.
9. Nation Comprehensive Cancer Network (NCCN). Prevention and Treatment of Cancer Related Infection. Practice Guidelines in Oncology; 2007.
10. Ratanatharathon V. Textbook of medical oncology 2. Bangkok Thailand: Chulalongkorn University; 2005.
11. Bow EJ, et al. Management of the Febrile neutropenic cancer patient: from 40 years of study. *The European Society of Clinical Microbiology and Infectious Disease* 2005; 11: 24 – 29.
12. Barroso S, et al. Guideline for prevention of febrile neutropenia. [Online] 2009 [cite 2009 March 30]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18489831>.
13. Doyle A, et al. The role of the oncology nursing in prechemotherapy neutropenia risk assessment and patient outcomes. *The Journal of Supportive Oncology* 2007; 5:34 – 35.
14. Cosler LE. Effect of Outpatient Treatment of Febrile Neutropenia on the Risk Threshold for the Use of CSF in Patients with Cancer Treatment with Chemotherapy. *Value in Health* 2005; 8: 47-52
15. Calhoun EA, et al. Uncompensated costs associated with the outpatient management of cancer chemotherapy-associated febrile neutropenia. *Community Oncology* 2005; 2: 293-296.
16. Larson E, Nirenberg A. Evidence-based Nursing Practice to Prevent Infection in Hospitalized Neutropenic Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2004; 31 : 717-722.
17. White N, et al. Protocol for Management Chemotherapy-induced Neutropenia in Clinical Oncology Practices. *Cancer Nursing* 2005; 28: 62-69.
18. Giovanna R. Prevention and therapy of neutropenia in elderly patients. *Oncology Hematology* 2003; 46: 247-253.
19. Hack V, et al. The effect of maximal exercise on the activity of neutropenia granulocytes in highly trained athletes in a moderate training period. *Applied Physiology* 2004; 65: 520-524.
20. Nation Comprehensive Cancer Network (NCCN) and American Cancer Society. "Fever and Neutropenia. Treatment Guidelines for patients with cancer 2006; 2 : 8-41.
21. Marai A. "Neutropenic Diet. [Online] 2008 [cited 2008 December 10]. Available from: <http://www.thirdage.com/digestive-health/low-bacteria-diet-Neutropenic-diet>.
22. Oncology Nursing Society. A community wide neutropenia education series as an ATA Qintervention. [Online] 2009 [cited 2009 December 8]. Available from: <http://nursinglibrary.org/Portal/main.aspx?mpageid=4024&pid=3332>.
23. Padula CA. Predictor of Participation in Health Promotion Activities by Elderly Couples. *Journal of Family Nursing* 1997; 3: 88-106.
24. Frauman AC, Nettles BC. Predictors of a Health Promoting Life-style Among Well Adult Clients in a Nursing Practice. *Journal of the American Academy of Nursing Practitioners* 2007; 3: 174-179.
25. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Stamford CT: Appleton and Lange; 1996.
26. Nirenberg A, et al. Neutropenia: State of the Knowledge Part II. *Oncology Nursing Forum* 2006; 3: 1202 – 1208.
27. Voravud N, Sriuranpong V. Febrile neutropenia after chemotherapy in patients with non-hematologicals. *Chula Med J* 2003; 47: 215 – 161.
28. Lexsawas N, Lawantrakul N, Choompradits S. Distress of breast cancer patients receiving chemotherapy. *The Thai Journal of Nursing* 1999; 14: 37-48.
29. Onbunreang J, Juangpanich U, Lunlud J, Pranudsudja A, Puangsuk P, Kambootad S. Self-Care and Quality of Life in Cholangiocarcinoma Patients Receiving Chemotherapy. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(3): 74-81.



Effects of Health Promotion Program on Health Promoting Behaviors, Absolute Neutrophils Count, Infection Rate, and Quality of Life of Persons with Breast Cancer Receiving Chemotherapy*

Thongdech Prasertsri B.N.S.**

Ampaporn Namwongprom PhD***

Nam-Oy Pakdevong PhD***

Abstract

This study aimed to investigate the effects of health promotion program on health promoting behaviors; absolute neutrophils count (ANC), infection rate, and quality of life of persons with breast cancer receiving chemotherapy. Health promotion model (Pender, 1996) was used as a conceptual framework to develop the program. Target population were women with breast cancer who received chemotherapy regimen AC at out-patient department of MahaVajiralongkorn Cancer Center between December 2010 - July 2011. Purposive samples of 41 subjects were received for this study, 20 received the program and 21 receive a usual care. The tools used for program intervention included, health promotion program, lesson plan, role model for health promotion, health promotion manual for women with breast cancer receiving chemotherapy. The instruments used to effect data were personal information sheet, health promotion behavior questionnaire, quality of life question, and research record forms. Chi-square, Mann-Whitney U test, Wilcoxon Signed Rank Test and Paired t-test were used to analyze data. The findings revealed that health promoting behaviors scores and ANC of patients receiving the program were significantly higher than that of patients receiving a usual care. Never the less, infection rate and quality of life between the two groups were not significantly different. The findings show the benefits of the program. Further research should increase number of sample in order to compare the rate of infection.

Keywords: Health Promotion Program, Health Promoting Behaviors, Absolute Neutrophils Count, Infection Rate, Quality of Life

*Thesis of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing Rangsit University.

** Student of Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing Rangsit University.

***Lecture, Faculty of Nursing Rangsit University.



ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวด ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*

อุบล จ้วงพานิช พย.ม.**

จूरีพร อุ๋นบุญเรือน พย.บ.***
ทิพวรรณ ชรรศร พย.บ.***จันทราพร ลุนลุด พย.บ.***
ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์ พบ.****

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยแบบทดลอง ชนิด Randomized control trial เพื่อศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ทฤษฎีความปวด กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จำนวน 80 คน ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2553 - กันยายน 2554 โดยเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ด้วยวิธีสุ่มโดยใช้คอมพิวเตอร์แบบ Blok randomized control trial แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง (40 คน) จะได้รับฟังดนตรีบำบัดทางหูฟัง ครั้งละ 30 นาที ในตอนเช้าและเย็น จำนวน 2 วัน รวม 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุม (40 คน) จะได้รับดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินข้อมูลพื้นฐานและความชอบในการฟังดนตรี ความวิตกกังวล ความปวด ก่อนฟังดนตรีบำบัดและหลังฟังดนตรีครั้งที่ 2 และครั้งที่ 4 ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความปวด และความวิตกกังวล ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลก่อนหลังการได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล ในวันที่ 1 และในวันที่ 2 และได้รับการประเมินความปวดเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ repeat measures analysis of variance เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวดและความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด และความวิตกกังวล ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 10.39, P < 0.05; MD - 0.83, 95\% CI - 1.34 \text{ to } - 0.32; F = 4.76, P < 0.05 MD - 0.75, 95\% CI - 1.43 \text{ to } - 0.07$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : ดนตรีบำบัด ความปวด ความวิตกกังวล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยมะเร็งยังเป็นปัญหาสาธารณสุข ไทย สถิติในปีพ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้น 87.6 ต่อแสนคน¹ ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบความชุกของความปวด ร้อยละ 56.5 และพบความชุกของความปวดเมื่อแรกรับ ร้อยละ 41.5 ใน 24 ชั่วโมงแรก และ 1 ใน 3 ยังไม่ได้รับการจัดการความปวดด้วยวิธีใด ๆ² ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมีผลทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ทำให้มีความวิตกกังวลมากขึ้น การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง สามารถให้ยาแก้ปวดและการใช้การบำบัด

การพยาบาลอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา เช่น ดนตรีบำบัด การนวด การสะกดจิต เป็นต้น³ แต่วิธีการนวด อาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายสำหรับการสะกดจิต ต้องมีการฝึกฝนเป็นอย่างดี ดนตรีบำบัด มีประโยชน์ผู้ป่วยสามารถฟังดนตรีได้ง่าย ราคาถูก ปลอดภัยและไม่มีผลข้างเคียงจากการฟังดนตรีบำบัด^{4,5} จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าดนตรีบำบัดสามารถลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้⁶⁻¹⁰ และลดความวิตกกังวลได้^{5,8,9,11} ในบางงานวิจัยยังพบว่าดนตรีบำบัดยังไม่สามารถลดปวด^{5,11-13} และในบางสถานการณ์ดนตรีบำบัดไม่สามารถลดความวิตกกังวลจากการเผชิญปัญหาที่รุนแรงได้^{12,13}

* โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2552

**พยาบาลชำนาญการพิเศษ, ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** พยาบาลประจำการ พนักงานมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



จากประสบการณ์ในการนำดนตรีบำบัดมาใช้ในการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า การนำดนตรีบำบัดมาใช้ในการลดความปวดได้แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคคือผู้ป่วยบางคนต้องการฟังเพลงที่เข้ากับวัฒนธรรมอีสาน^{14,15} ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการนำดนตรีพื้นเมืองอีสาน¹⁴ มาใช้เพื่อลดปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้คือแนวคิดของทฤษฎีความปวดที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจ⁶ ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนมากเป็นความปวดเรื้อรัง เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับการกดเบียดและมีการแพร่กระจายของมะเร็ง ทำให้เกิดการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด ส่งกระแสประสาทไปตามใยประสาท ผ่านไขสันหลังไปยังสมองบริเวณ reticular formation ที่กำนสมอง ร่วมกับการทำงานระบบ limbic กระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บปวด ทำให้สารเอนดอร์ฟินลดลง มีผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และปวดมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องไป เมื่อนำดนตรีบำบัดมาให้ผู้ป่วยฟัง อวัยวะที่เกี่ยวข้องการได้ยินจะถูกกระตุ้นจากเสียงดนตรี เกิดการนำกระแสประสาทจากคลอเคลียในหู เกิดการปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ความจำและประสบการณ์ที่สมองส่วน thalamus ซึ่งจะทำงานประสานกับ cortex และ limbic โดยสามารถอธิบายรายละเอียด คือ ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective) จะทำให้มีการปรับอารมณ์ด้านบวกโดยเพิ่มการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล ผลต่อการรับรู้ (cognitive) จะเพิ่มการควบคุมและเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ทำให้หลังสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน เป็นการปิดประตูควบคุมความเจ็บปวดระดับไขสันหลัง โดยการนำกระแสประสาทผ่านไปยัง reticular formation ไปตามกลุ่มใยประสาท นำลงจากสมองไปสู่ระดับไขสันหลัง เพื่อยับยั้งการนำกระแสประสาทเกี่ยวกับความเจ็บปวดไปกลับสู่สมอง ถ้าเปรียบคนเหมือนสนามพลังงาน ผลของดนตรีที่มีความประสานกลมกลืน จะช่วยให้เกิดความสมดุลของพลังงานที่เกิดขึ้นใหม่ ทำให้ความวิตกกังวลและความปวดลดลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบทดลอง ชนิดตัววิธีสุ่มโดยใช้คอมพิวเตอร์แบบ Blok randomized controlled trail (RCT) แบบวัด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด 5จ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยกำหนดลักษณะประชากร เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีความปวด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 80 คน ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2553 - กันยายน 2554 โดยเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง 2) ได้รับยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์แบบ schedule 3) รู้สึกตัวดี มีการรับรู้ การได้ยินปกติ และสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมในการทำวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีความเจ็บป่วยทางจิต มีการรับรู้ผิดปกติ และมีการกระจายของโรคไปที่สมอง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยการใช้หลักการ คือ¹⁷

$$n/\text{group} = 2 \left[\frac{(Z_{\mu} + Z_{\beta}) \sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

$$\sigma = \sqrt{\sigma_1^2 + \sigma_2^2} / \sqrt{2}$$

จากการศึกษานำร่อง ในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง ค่าเฉลี่ยความปวด 5, SD = 2 เมื่อได้ฟังดนตรีบำบัด คาดว่าคะแนนความปวดลดลงประมาณ ร้อยละ 20 = 1 ดังนั้นในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความปวด 4, SD=1

$$\mu_1 = \text{ค่าเฉลี่ยความปวดในกลุ่มควบคุม} = 5$$

$$\mu_2 = \text{ค่าเฉลี่ยความปวดในกลุ่มทดลอง} = 4$$

$$Z_{\mu} = \text{ค่าความเชื่อมั่น กำหนดที่ } 0.05 = 1.96$$

$$Z_{\beta} = \text{อำนาจการทดสอบ} = 0.842$$

$$\sigma_1 = \text{Estimate from SD in control group} = 2$$

$$\sigma_2 = \text{Estimate from SD in treatment group} = 1$$

$$n/\text{group} = 2 \left[\frac{(1.96 + 0.842) 1.59}{5 - 4} \right]^2$$

$$n/\text{group} = 39.62$$



ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สภาพสมรรถ การศึกษา ระยะเวลาที่มีความปวด โรคที่เป็น ระยะของโรค การกระจายของมะเร็ง การรักษา และการใช้ยาแก้ปวด 2) แบบวัดความวิตกกังวล (visual analog rating scale: VAS of anxiety measurement)^{17,18} เป็นแบบวัดความวิตกกังวลชนิดใช้สเกลตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน เป็นตัวเลือกตามระดับความวิตกกังวล โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวลเลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด มาปรับใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็ง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความวิตกกังวล จำนวน 10 ราย ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) มีระยะห่างของการประเมิน 30 นาที พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง สามารถประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดนี้ได้มีความเชื่อมั่น 0.907 (95%CI: 0.181-0.931) 3) แบบประเมินความปวด^{10,13} วัดได้ ด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีความตรงและความเที่ยงดี ประกอบด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแบบวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด VAS เป็นแบบวัดที่มีผู้นำมาใช้ในการประเมินความปวดในงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็ง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด จำนวน 10 ราย ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) มีระยะห่างของการประเมิน 30 นาที พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดสามารถประเมินความปวดโดยใช้แบบวัดนี้ได้ มีความเชื่อมั่น 0.727 (95%CI:0.648-0.978)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) เครื่องเล่นคอมแพคดิสก์ (Compact disc) ชนิดพกพา Sony model CFD-5250 หูฟังชนิดครอบทั้งใบหู และ แผ่นป้ายอักษร มีข้อความว่า “กรุณาอย่ารบกวน” 2) แผ่นบันทึกซีดี ดนตรีบำบัด ใช้ซีดีประเภทดนตรีบรรเลงพื้นเมืองอีสาน¹⁴ นำลายแคนมาเล่นเดี่ยวเติมทำนองเปลี่ยนจังหวะ เพิ่มลีลาและลูกเล่น เรียกว่า ลาย ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีของคน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากจังหวะดนตรีจะเปลี่ยนเสียงธรรมชาติ เช่น ลายแม่ฮ้างกล่อมลูก มารดาของคนอีสานจะต้องเห่

กล่อมลูกในขณะที่เป็นทารก ลายแมงกูดอมดอก เสียงแมลงภูบินทิ้ง ๆ ตอมและดูตลกดอกไม้ ลายลมพัดไฟ มีการเลียนเสียงลมพัดและเสียงลมกระแทกเป็นห้วง ๆ ลายลมพัดพร้าว อยู่ในกลุ่มเดียวกับลมพัดไฟ ลมพัดชายเขา ข้าวต้องลม จังหวะเชื่อมซ้ำเลียนเสียงลมพัดกระแทกเป็นห้วง ๆ เป็นเพลงบรรเลง ไม่มีเนื้อร้อง จังหวะ (rhythm) ซ้ำสม่ำเสมอ ประมาณ 60-90 ครั้ง ต่อนาที ความเร็วซ้ำของจังหวะดนตรี (tempo) ไม่เกิน 80 เมโทรโนม ให้ความรู้สึกทางดนตรี (expression) สนุกสนาน ร่าเริงและสบายใจ คัดเลือกเพลงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับคุณลักษณะดนตรีที่เหมาะสม ซึ่งคณะผู้ศึกษาเป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น¹⁴ ได้คัดเลือกเพลงบรรเลงพื้นเมืองอีสานไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิด้านดนตรีไทย จากคณะศิลปกรรมศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 รอบ จนได้ดนตรีบำบัดประเภทพื้นเมืองอีสานที่เหมาะสม ประกอบด้วยเพลงลาย แม่ฮ้าง กล่อมลูก แมงกูดอมดอก สาวคอยอ้าย ลมพัดพร้าว ลมพัดไฟ ข้าวต้องลม รวมความยาวของเพลง 31.40 นาที บันทึกเสียงที่บริษัทซีเอ็มซีเอ็นเทอร์เทนเมนท์จำกัด และนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วย 10 คน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความปวดก่อนและหลังฟังดนตรี พบว่าความปวดหลังฟังดนตรีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมตัวอย่าง งานวิจัยเรื่องนี้ใช้วิธีการวิจัยเป็นแบบ Randomized control trial กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 80 คน ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2553 - กันยายน 2554 โดยเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะจับซองจดหมายให้และแจ้งผู้วิจัย ผู้ประเมินความวิตกกังวลและความปวดก่อนและหลัง การได้รับการทดลองและผู้ที่ทำกรทดลองเป็นคนละคนกันและผู้ประเมินผลไม่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน จะได้รับฟังดนตรีบำบัดทางหูฟัง ครั้งละ 30 นาที ในตอนเช้าและเย็น จำนวน 2 วัน รวม 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน จะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ หลังจากนั้นกลุ่ม



ควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จะได้รับการประเมินความชอบในการฟังดนตรี ความวิตกกังวล ความปวด ก่อนฟังดนตรีบำบัด หลังฟังดนตรีครั้งที่ 2 และครั้งที่ 4 ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความปวดและความวิตกกังวล ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลและความปวดก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล ในวันที่ 1 และในวันที่ 2

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว โดยยึดตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Helsinki' Declaration) ผู้วิจัยแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการศึกษารายวันและวิธีปฏิบัติ และให้ผู้ป่วยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจเท่านั้น หากไม่เข้าร่วมในการศึกษานี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติที่ควรจะได้รับ สามารถขอยุติการเข้าร่วมในการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เช่นกัน หรือขณะที่ผู้ป่วยมีความปวดหรือมีความวิตกกังวลมากขึ้นระหว่างที่ฟังดนตรีสามารถหยุดฟังดนตรีได้ทันที และถ้ามีปัญหาสงสัยใด ๆ ให้ซักถามได้ทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ความถี่และร้อยละ 2) คำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความปวดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความปวด โดยใช้สถิติ repeat measures analysis of variance

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 53.05 ปี กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 52.25 ปี ส่วนใหญ่เพศหญิง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 55 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่สภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 92.5 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 95 ระดับการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 85 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 75 ระยะเวลาความปวด กลุ่มทดลอง เฉลี่ย 5.55 เดือน กลุ่มควบคุม

เฉลี่ย 4.5 เดือน ชนิดของโรค ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 35 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 12.5 การกระจายของโรค ส่วนใหญ่ไม่มีการแพร่กระจาย ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 72.5 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 75 ชนิดของยาแก้ปวดที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้ paracetamol ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 47.5

2. ข้อมูลจากการสอบถามความชอบในการฟังดนตรี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองร้อยละ 100 ชอบฟังดนตรี ส่วนใหญ่ชอบฟังดนตรีตอนรู้สึกผ่อนคลาย ร้อยละ 55 เวลาผ่อนคลายมากที่สุดในช่วงว่าง ร้อยละ 22.5 ชนิดของดนตรีที่ชอบส่วนใหญ่ ชอบดนตรีอีสาน ร้อยละ 97.5 เสียงที่ชอบส่วนใหญ่ชอบเสียงทะเล ร้อยละ 40

3. คะแนนความปวดและความวิตกกังวล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (Mean = 4.6, SD = 1.03) และความวิตกกังวล (Mean = 3.25, SD = 2.49) หลังทดลองวันที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (Mean = 3.33, SD = 1.56) และความวิตกกังวล (Mean = 2.52, SD = 1.97) กลุ่มทดลองวันที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (Mean = 2.20, SD = 1.49) และความวิตกกังวล (Mean = 1.83, SD = 1.93) สำหรับกลุ่มควบคุม วันที่ 1 ก่อนทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (Mean = 4.42, SD = 1.28) และความวิตกกังวล (Mean = 3.72, SD = 1.69) หลังทดลองวันที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (Mean = 3.78, SD = 1.79) และความวิตกกังวล (Mean = 1.69, SD = 1.69) กลุ่มทดลองวันที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (Mean = 3.15, SD = 1.75) และความวิตกกังวล (Mean = 2.73, SD = 1.50) (ตารางที่ 1)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวด และความวิตกกังวล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeat measures analysis of variance ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความปวด และความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

ผลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความปวดและความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05



ตามสมมติฐานผู้ป่วยที่ได้รับดนตรีบำบัดมีความปวดและความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับฟังดนตรีบำบัด ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อการลดความปวดและความวิตกกังวล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ดนตรีบำบัด เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการลดความวิตกกังวล⁵ และลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้¹⁹ ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนมากเป็นความปวดเรื้อรัง เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับการกดเบียดและการแพร่กระจายของมะเร็ง เกิดการกระตุ้นตัวรับความปวด ส่งกระแสประสาทไปตามใยประสาท ผ่านไขสันหลังไปยังสมองบริเวณ reticular formation ที่ก้านสมอง ร่วมกับการทำงานระบบ limbic กระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บปวด ทำให้สารเอนดอร์ฟินลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และปวดมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องไป การนำดนตรีบำบัดมาใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดมีการผ่อนคลาย จะเป็นดนตรีที่เป็นประเภทผ่อนคลาย เพลงคลาสสิก เพลงพื้นเมืองอีสาน ลักษณะดนตรีไม่มีเนื้อร้อง เพราะผู้ฟังไม่ต้องคิดเกี่ยวกับเนื้อเพลง ใช้ความถี่จังหวะต่ำ 60-90 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยอารมณ์ให้คล้อยตามได้ เวลาที่เหมาะสมในการฟังดนตรีประมาณ 20-30 นาที ฟังเพลงวันละ 2 ครั้ง^{5,6} จะช่วยให้ผ่อนคลาย ทำให้ลดปวด¹⁹ และวิตกกังวล^{5,6} ดนตรีบำบัดจะไปปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด

อารมณ์ ความจำและประสบการณ์ที่สมองส่วน thalamus ซึ่งจะทำงานประสานกับ cortex และ limbic ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนจากความปวด รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ทำให้หลังสารเอนดอร์ฟิน ทำให้ความวิตกกังวลและความปวดลดลงได้

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดและได้รับฟังดนตรีบำบัด บอกว่า เสียงดนตรีไปกลาง ซึ่งเป็นดนตรีพื้นเมืองอีสาน มีเสียงแคน เสียงขลุ่ย เสียงพิณ เพลงไพเราะมาก ซึ่งกินใจ เพลิดเพลิน ตอนแรกไม่แน่ใจว่าเพลงที่ฟังจะลดปวดได้ แต่เมื่อได้ฟังดนตรีไปกลาง รู้สึกผ่อนคลาย คลายเครียด ลดปวดและคลายวิตกกังวลได้ ดังนั้นจึงชอบฟังดนตรีไปกลาง ต้องการฟังทุกวันและถ้าฟังจนกระทั่งหลับน่าจะมีความสุข บางคนอยากฟังตลอดทั้งวัน บางคนจะนวดนตรีไปเปิดที่เครื่องขยายเสียงในหมู่บ้านฟัง เพื่อให้คนอื่นมีความสุขด้วย

ข้อเสนอแนะ

การใช้ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อลดความปวดและความวิตกกังวล เป็นวิธีการที่เหมาะสม โดยเฉพาะดนตรีอีสานที่นำมาใช้เหมาะกับบริบทกับวัฒนธรรมอีสาน จึงควรพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เพื่อให้บุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติด้านการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Ministry of Public Health. Public health statistics. Bangkok; 2008 [cite 2008 January 1]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic>
2. Vatanasapt P, et al. Prevalence and Management of Cancer Pain in Srinagarind Hospital, Khon Kaen, Thailand J Med Assoc Thai 2008; 91(12): 1-6.
3. Mantyh PW. Cancer pain and its impact on diagnosis, survival and quality of life. Nat Rev Neurosci 2006; 7(10): 797-809.
4. McCaffery M. Nursing approaches to nonpharmacological pain control. International Journal of Nursing Studies 1990; 27(1): 1-5.
5. Na Cholburi JS HS, Waikakul W. Effects of music therapy on anxiety and pain in cancer patients. Thai Journal of Nursing Research 2004; 8(3): 173-81.
6. Beck SL. The therapeutic use of music for cancer-related pain. Oncol Nurs Forum 1991 Nov-Dec; 18(8):1327-37.
7. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. Cochrane Database Syst Rev 2006; (2): CD004843.
8. Gallagher LM, Lagman R, Walsh D, Davis MP, Legrand SB. The clinical effects of music therapy in palliative medicine. Support Care Cancer 2006 Aug; 14(8): 859-66.
9. Mansky PJ, Wallerstedt DB. Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. Cancer J 2006 Sep-Oct; 12(5): 425-31.
10. Zimmerman L, Pozehl B, Duncan K, Schmitz R. Effects of music in patients who had chronic cancer pain. West J Nurs Res 1989 Jun; 11(3): 298-309.



11. Clark M, Isaacks-Downton G, Wells N, Redlin-Frazier S, Eck C, Hepworth JT, et al. Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *J Music Ther* 2006 Fall; 43(3): 247-65.
12. Evans D. The effectiveness of music as an intervention for hospital patient: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 37(1): 8-18.
13. Kwekkeboom KL. Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003 May-Jun; 30(3): 433-40.
14. Srisuvan L, Parakho P, Pamulila S, Lukta C, Thepha T. Model of Esarn music therapy for pain relief in cancer patients. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2006.
15. Juangpanich U. Music therapy for relief pain project. Khon Kaen: Nursing Department, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University; 2006.
16. Columb MO SA. Power analysis and sample size calculations. *Current Anesthesia & Critical Care* 2008; 19: 12-4.
17. Gaberson KB. The effect of humorous and musical distraction of preoperative anxiety. *AORN* 1995; 62(784): 786-8.
18. Barnason S ZL, Nieveen J, The effects of music interventions on anxiety in the patient after coronary artery bypass grafting *Heart Lung* 1995; 24: 124-32.
19. Onbunreang J, lunlud J, Pranudsudja A, Puangsuk P, Kambootda S. Self-care and quality of life in Cholangiocarcinoma patients receiving chemotherapy. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(37): 74-81.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดและความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	Mean Difference (MD)	Std. Error	Sig	95% Confidence Interval for Difference	
				Lower Bound	Upper Bound
ความปวด	-0.83*	0.26	0.002	-1.34	-0.32
ความวิตกกังวล	-0.75*	0.34	0.032	-1.43	-0.07

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดและความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง n = 40		กลุ่มควบคุม n = 40	
	mean	SD	mean	SD
วันที่ 1				
ก่อนฟังดนตรี				
ความปวด	4.6	1.03	4.42	1.28
ความวิตกกังวล	3.25	2.49	3.72	1.69
หลังฟังดนตรี				
ความปวด	3.33	1.56	3.78	1.79
ความวิตกกังวล	2.52	1.97	3.35	1.69
วันที่ 2				
หลังฟังดนตรี				
ความปวด	2.20	1.49	3.15	1.75
ความวิตกกังวล	1.83	1.93	2.73	1.50



Effect of Music Therapy on Anxiety and Pain in Cancer Patients

Ubol Juangpanich M.N.S., APN**

Jureeporn Onbunreang B.N.S.***

Jantaraporn Iunlud B.N.S.***

Thippawan Khansorn B.N.S.***

Patravoot Vatanasapt MD****

Abstract

This study was based on experimental research method and randomized controlled trial was to determine the effect of music therapy on anxiety and pain in cancer patients. The conceptual framework for this study was constructed based on physiological and psychological pain theories. The sample group of 80 patients receiving chemotherapy was drawn by the selection criteria from a population of patients admitted in Srinagarind Hospital, Khon Kaen University during the period between May 2010 and September 2011. All 80 subjects are randomly assigned to receive either music therapy (n = 40) or no music therapy (n = 40). This study will be used block randomization; allocation sequence will be generated by computer. Experiment group: The patients listened the music through headphones for 30 minutes in the morning and evening for 2 days a total of four sessions and the control group who received nursing care as usual. Demographic data and music preference data will be collected after the experiment group had agreed to participate in the study. Anxiety and pain will be completed before the music therapy session and after the 2nd and 4th music therapy session. In the control group, the patients received standard nursing care; the same instruments except satisfaction for using music therapy questionnaire. Data were analyzed for repeat measures analysis of variance to compare pain score and anxiety score between the cancer patients receiving music therapy and no music therapy. The results of this study show that: patients who received music therapy had significantly lower scores in anxiety and pain than patients, who did not receive the music therapy, (F = 10.39, P < 0.05; MD - 0.83, 95% CI - 1.34 to - 0.32; F = 4.76, P < 0.05 MD - 0.75, 95% CI -1.43 to - 0.07).

Keywords: music therapy, cancer pain, anxiety

**This project was support by the Faculty of Medicine, Khon Kaen University*

***Registered Nurse, Senior Professional level and Certificated of Advanced Practice Nurse, Srinagaring Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University*

****Staff Nurse, Srinagaring Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University*

*****Assistant Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University*



ปัจจัยทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก*

สุ้มัจฉรา มานะชีวกุล พย.ม.** ทศนี ประสบกิตติคุณ PhD (Nursing)*** พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม ปร.ด. (พยาบาล)****

บทคัดย่อ

การเลี้ยงดูเด็กวัยขวบปีแรกอาจนำมาซึ่งความเครียดของมารดาได้ และถ้าหากความเครียดมีการสะสมมากขึ้นย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูตามมาได้ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกได้ร้อยละ 27 เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตรสามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.25, p < .05$) รองลงมาคือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก ($\beta = -.23, p < .05$) ส่วนตัวแปรอื่นไม่สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความเชื่อมั่นของมารดาในความสามารถของตนเองที่ต้องเลี้ยงดูทารกและการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลทารกที่มีต่อความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร พยาบาลควรจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อมารดากลับไปดูแลทารกเองที่บ้านเพื่อช่วยลดความเครียดของมารดา พร้อมทั้งส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจมารดาและมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร โดยอาจจัดกิจกรรมการพยาบาลในลักษณะของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรแก่บุคคลเหล่านี้ด้วย

คำสำคัญ: การดูแลทารก ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กในวัยขวบปีแรก เป็นวัยเริ่มต้นที่จำเป็นต้องได้รับการวางรากฐานที่ดีเพื่อการเจริญเติบโตของร่างกาย สมอง และพัฒนาการทุก ๆ ด้าน รวมทั้งการพัฒนาบุคลิกภาพที่สำคัญ ดังนั้นการเลี้ยงดูที่เด็กได้รับจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง การเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสมต้องเริ่มมาจากครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันหลักในการพัฒนาเด็ก โดยเฉพาะมารดาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในครอบครัวในเรื่องของการเลี้ยงดูเด็ก บทบาทการเป็นมารดานั้นเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการของมารดาที่จะต้องกระทำให้สำเร็จตามความคาดหวังของสังคม นับตั้งแต่การให้กำเนิดทารก มารดาต้องปฏิบัติบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา และขณะเดียวกันยังต้องคงไว้ซึ่งบทบาทการเป็นภรรยาในการดำรงสัมพันธ์ภาพกับ

คู่สมรส¹ ต้องจัดการกับภาระงานต่าง ๆ ภายในบ้านและดูแลความสุขสบายของสมาชิกในครอบครัว² นอกจากนี้ในสภาพสังคมปัจจุบันมารดายังมีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวด้วยเช่นกัน ทำให้มารดาครอบงำบทบาทหรือรับภาระหลายด้านมากขึ้น ด้วยเหตุนี้การเลี้ยงดูเด็กในวัยขวบปีแรกจึงไม่ใช่เรื่องง่าย ความต้องการของเด็กวัยนี้ร่วมกับบทบาทและหน้าที่ของผู้เป็นมารดาที่จะต้องตอบสนองความต้องการของบุตรย่อมนำมาซึ่งความเครียดได้ถ้าหากว่ามารดาไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของบุตรได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรจะเกิดขึ้นเมื่อความรู้สึกต้องการในการตอบสนองที่จะกระทบบทบาทของความเป็นมารดามีมากเกินไปกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ซึ่งถ้าความรู้สึกนี้มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จะทำให้เราสามารถในการกระทำบทบาทของการเป็นผู้เลี้ยงดูหรือรู้สึกไม่มีความสุขอยู่ตลอดเวลากับการดำรงชีวิต³ โดยเฉพาะความเครียดของการเลี้ยงดูที่สะสมมาตลอดในช่วง 3 ขวบปีแรก เป็นสิ่งที่วิกฤตต่อการพัฒนาด้านอารมณ์ พฤติกรรมของเด็กและการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตร⁴ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่ดี ทั้งในด้านมารดา และด้านเด็ก

องค์ความรู้เกี่ยวกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรซึ่งเป็นทารกปกติทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีน้อยมาก ถึงแม้ว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูทารกระยะขวบปีแรก⁵ ตามที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา แต่ก็เป็นการวิเคราะห์ทุติยภูมิ (secondary data analysis) จึงทำให้ปัจจัยที่นำมาศึกษาถูกจำกัดด้วยข้อมูลปฐมภูมิขอบเขตการศึกษาและการแปลผล ยิ่งกว่านั้นองค์ความรู้ในเรื่องนี้มักจะพบจากการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบทด้านวัฒนธรรมของการเลี้ยงดูที่แตกต่างจากไทยด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร อาจสรุปได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

ปัจจัยด้านลักษณะของมารดา ซึ่งเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุ และการศึกษาของมารดา มักจะถูกนำมาศึกษาเกี่ยวกับการดูแลหรือการเลี้ยงดูบุตร แต่ผลการศึกษาพบว่ามีความขัดแย้งกัน โดยมีทั้งความสัมพันธ์ทางลบ และทางบวก⁶⁻⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาที่ระบุว่า จำนวนบุตรเป็นปัจจัยทำนายความเครียดด้วย เนื่องจากจำนวนบุตรที่มากขึ้นย่อมเป็นภาระมากขึ้นนั่นเอง⁸ และมารดาที่มีสำนึกของความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรต่ำ จะมีปัญหาสุขภาพจิตมาก (psychological distress)⁹

ปัจจัยด้านบริบททางสังคม - สภาพแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรน้อย^{7-8,10-12} และลักษณะบริบททางสังคม - สภาพแวดล้อม ที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ ลักษณะการทำงานหรืออาชีพของมารดา โดยการศึกษาหนึ่งพบว่า

การทำงานนอกบ้านของมารดาจะทำให้มารดามีความเครียดเพิ่มสูงขึ้น⁶ ในขณะที่การศึกษาหนึ่งกลับพบว่า การทำงานนอกบ้าน ช่วยลดความหมกมุ่น หรือความจำเจต่อบทบาทภาระหน้าที่ในบ้าน ส่งผลให้มารดา มีความเครียดน้อยลง⁵

ปัจจัยด้านลักษณะของเด็ก ได้แก่ พื้นฐานอารมณ์ของทารก (temperament)¹³ ซึ่งหมายถึง รูปแบบพฤติกรรม (behavioral styles) หรืออุปนิสัยของทารก ยกตัวอย่าง เช่น หากทารกมีพื้นฐานอารมณ์ที่มีลักษณะเป็นเด็กเลี้ยงยาก ย่อมทำให้ผู้เลี้ยงดูเกิดความรู้สึกเครียดได้¹⁴ จากการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา พบว่า พื้นฐานอารมณ์ในเรื่องความเป็นเด็กเลี้ยงยากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรง (direct effect) ต่อการเกิดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร⁸ และความเป็นเด็กเลี้ยงยาก - ง่ายของทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร⁵

การเลี้ยงดูในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน อาจมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูแตกต่างกัน ความแตกต่างของสังคมไทยกับสังคมตะวันตกอาจทำให้ไม่สามารถนำผลการวิจัยมาอ้างอิงกับบริบทการเลี้ยงดูในสังคมไทยได้เต็มที่ ประกอบกับการศึกษาของไทยยังมีน้อยมาก และจากการที่พยาบาลต้องมึบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรด้วย จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านมารดา ด้านบริบททางสังคม - สภาพแวดล้อม และด้านเด็กที่สามารถทำนายความเครียดของมารดาที่มีบุตรวัยขวบปีแรก โดยองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ที่จะช่วยพยาบาลในการวางแผนให้การดูแล ให้คำแนะนำ ส่งเสริมสุขภาพจิตของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร อันจะนำไปสู่คุณภาพการเลี้ยงดูที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก



กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ Model of the determinants of parenting¹⁵ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โมเดลนี้ระบุถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูบุตร (parenting) ซึ่งได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดู 2) ปัจจัยด้านบริบททางสังคม-สภาพแวดล้อม และ 3) ปัจจัยด้านเด็ก ซึ่งปัจจัยทั้งสามด้านที่กล่าวมานั้นมีอิทธิพลไม่เท่าเทียมกัน โดย Belsky เชื่อว่า ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูมีอิทธิพลมากที่สุด

สำหรับการศึกษานี้เป็นการศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยด้านลักษณะของมารดา (ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรที่อยู่ในบ้านเดียวกันขณะปัจจุบัน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก) ปัจจัยด้านบริบททางสังคม-สภาพแวดล้อม (ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะอาชีพของมารดา) และ ปัจจัยด้านลักษณะของเด็ก (ได้แก่ ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก - ย่าง) ต่อความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 6 เดือน - 12 เดือนและมีสุขภาพแข็งแรง และนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันที่แผนกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธี conventional approach ในการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ให้ค่า $R^2 = .13$ (moderate effect) เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (alpha) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 จำนวนตัวแปรต้น 7 ตัว เมื่อเปิดตาราง Cohen¹⁶ จะต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 102 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ผู้วิจัยได้ปรับจากแบบสอบถาม Parenting Stress

Index/ Short Form (PSI/ SF) ของ Abidin¹⁰ โดยยึดโครงสร้างเดิมของข้อคำถามไว้แต่ปรับสำนวนภาษาเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาต่อความเครียดในการเลี้ยงดู ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเครียดต่อการทำบทบาท/หน้าที่พ่อแม่ ความเครียดต่อปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับลูก และความเครียดต่อความเป็นเด็กเลี้ยงยากของลูก มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ถ้าคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำแสดงว่ามีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก (Self - efficacy in Infant Care Scale, SICS) สร้างโดย ทศนีย์ ประสภกิตติคุณ และคณะ¹⁷ เป็นคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของมารดาในความสามารถที่จะทำกิจกรรมการดูแลทารกที่กำหนดให้ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ โดย 40 ข้อ แรกลักษณะคำตอบเป็นคะแนนร้อยละของความมั่นใจ ส่วนคำถามข้อ 41 และ 42 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเป็นแม่ที่ดีและการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารก ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติม 2 ข้อนี้ไม่ได้ใช้สำหรับการวิเคราะห์หลัก แต่อาจใช้สำหรับการอภิปราย ลักษณะคำตอบเป็นคะแนนร้อยละของความมั่นใจ ในการวิเคราะห์จะใช้คะแนนเฉลี่ยทั้งฉบับ ถ้าคะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่ามารดามีความมั่นใจในความสามารถที่จะทำกิจกรรมการดูแลทารกที่กำหนดให้สูง ถ้าคะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่ามารดามีความมั่นใจในความสามารถที่จะทำกิจกรรมการดูแลทารกที่กำหนดให้ต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตร สร้างโดยผู้วิจัย โดยมีทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ของ House¹⁸ และวรรณกรรมเครื่องมือวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตร^{19,20} เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดย 23 ข้อแรก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนคำถามข้อ 24 เป็นคำถามเกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญหรือให้การช่วยเหลือมารดามากที่สุดในการเลี้ยงลูกคนนี้ 3 อันดับแรก ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมในข้อนี้ไม่ได้



ใช้สำหรับการวิเคราะห์หลัก แต่ใช้สำหรับประกอบการอภิปราย การแปลผลใช้คะแนนรวม ถ้าคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการรับรู้ที่ตนเองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตรสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำแสดงว่ามีการรับรู้ที่ตนเองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตรต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่ายประเมินโดยใช้คำถามเพียง 1 ข้อซึ่งข้อคำถามนี้ได้มาจากแบบสอบถาม Revised Infant Temperament Questionnaire²¹ ส่วนที่ 2 ข้อที่ 10 โดยถามเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาโดยภาพรวมในเรื่องความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่ายของทารก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ถ้าคะแนนสูงแสดงว่ามารดารับรู้ว่าการเป็นเด็กเลี้ยงยากมาก ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่ามารดารับรู้ว่าการเป็นเด็กเลี้ยงง่ายมาก

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามในส่วนที่ 2 - 5 ไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 4 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ .90, .91 และ .85 ตามลำดับ สำหรับส่วนที่ 5 ใช้วิธีการหาค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test - retest reliability) ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 ($r = .78, p < .01$)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (กลุ่มงานฝึกรวมพัฒนาบุคลากรและการวิจัย) โรงพยาบาลชลบุรี (ที่ ขบ. 0027.102.2/241)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยในหมวดของข้อมูลส่วนบุคคลและให้มารดาตอบแบบสอบถามฉบับอื่น ๆ ด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) สถิติพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา 2) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลทารก

การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาชีพของมารดา ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก - ง่าย และ 3) วิเคราะห์พหุคูณถอย (multiple regression analysis) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาต่อความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก

ผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คน มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 42 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 27.78 ปี ($SD = 6.57$) มารดาเกือบทั้งหมดมีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.7 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ย 9.82 ปี ($SD = 2.84$) โดยมีมารดาเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.3) ที่ได้รับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มารดา ร้อยละ 56.7 เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพอยู่ที่บ้านของตนเอง นอกนั้นร้อยละ 43.3 ประกอบอาชีพนอกบ้าน ร้อยละ 47.1 ของมารดามีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท โดยร้อยละ 66.3 ของมารดาระบุว่า รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ซึ่งผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่คือสามี คิดเป็นร้อยละ 54.8 มารดาในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาครรภ์แรก ร้อยละ 48.1 ขณะปัจจุบันมารดามีบุตรที่ต้องดูแลในบ้านเดียวกันจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 58.7 มารดาส่วนมาก ร้อยละ 65.4 มีประสบการณ์ดูแลทารกมาก่อน สำหรับเด็กกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุเฉลี่ย 7.92 เดือน ($SD = 1.91$) ส่วนใหญ่มีอายุ 6 เดือนและ 9 เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.3 และร้อยละ 27.9 ตามลำดับ โดยร้อยละ 51.9 เป็นทารกเพศหญิง ร้อยละ 79.8 ของทารกมีมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก รองลงมาคือ ปู่ ย่า ตา ยาย (ร้อยละ 13.5) มารดาร้อยละ 62.5 ระบุว่า บุคคลที่สำคัญที่สุดในการช่วยเหลือดูแลบุตรคือ สามี และทารกส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 92.3

2. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า อายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร และลักษณะอาชีพของมารดา (ซึ่งจำแนกเป็นสองลักษณะ คือ แม่บ้านหรือทำงานที่บ้านและทำงานนอกบ้าน) มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้สมรรถนะของ



ตนเองในการดูแลทารกและการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตร มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.403$, $p < .001$ และ $r = -.402$, $p < .001$ ตามลำดับ) ในขณะที่

ที่ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่ายของทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ($r = .279$, $p = .004$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 104)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	-							
2. ระดับการศึกษา	-.108	-						
3. จำนวนบุตรที่ต้องดูแลในบ้านเดียวกันขณะนี้	.345***	.013	-					
4. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก	.142	.114	-.053	-				
5. การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตร	.113	.190	.022	.538***	-			
6. ลักษณะอาชีพของมารดา	.101	-.249*	.103	-.020	-.050	-		
7. ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก - ง่าย	.007	-.015	.085	-.339***	-.167	-.109	-	
8. ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร	.046	-.177	-.049	-.403***	-.402***	.090	279**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3. เมื่อผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการให้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ จากการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 7 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนาย ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .27$, $F = 5.09$, $p < .05$) โดยพบว่า มีตัวแปรเพียง 2 ตัว คือ การรับรู้สมรรถนะของ

ตนเองในการดูแลทารก และการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตรที่สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.23$, $p < .05$ และ $\beta = -.25$, $p < .05$ ตามลำดับ) เมื่อตัวแปรอิสระที่เหลือทั้งหมดถูกควบคุมไว้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก (n = 104)

ตัวแปร	B	SEB	β	t	p-value
1. อายุ	.42	.30	.13	1.39	.169
2. ระดับการศึกษา	-.49	.67	-.07	-.73	.466
3. จำนวนบุตรที่ต้องดูแลในบ้านเดียวกันขณะนี้	-5.15	3.95	-.12	-1.30	.195
4. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก	-.34	.16	-.23	-2.06	.042
5. การสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตร	-.53	.23	-.25	-2.34	.021
6. ลักษณะอาชีพของมารดา	3.14	3.81	.08	.82	.412
7. ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก - ง่าย	4.37	2.30	.18	1.90	.060
ค่าคงที่ (constant)	141.71	20.10		6.98	.000

$R = .52$, $R^2 = .27$, Overall $F = 5.09$, p -value = .000



การอภิปรายผล

1. ปัจจัยด้านลักษณะของมารดา

1.1 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกสามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.23, p < .05$) นั่นคือ ความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรนั้นขึ้นอยู่กับรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตร การพบอิทธิพลดังกล่าว อาจอธิบายได้ว่าการเลี้ยงดูเด็กวัยขวบปีแรกนั้นเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของมารดาและเป็นช่วงสร้างรากฐานที่สำคัญของชีวิตเด็ก เด็กวัยนี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มารดาต้องให้การดูแลเอาใจใส่กระทำกิจกรรมต่างๆ มากมาย ในขณะเดียวกันนั้น ยังต้องดำรงบทบาทความเป็นภรรยาที่ดีให้กับสามี²² และการแบกรับความคาดหวังจากครอบครัวว่าจะสามารถเป็นมารดาที่ดีพร้อม ภาระและความคาดหวังเหล่านี้ที่เกิดขึ้นกับมารดาอาจนำไปสู่การสงสัยในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถให้การดูแลบุตรได้หรือไม่ หากการรับรู้ความสามารถนี้ถูกบั่นทอนลงมารดาจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถดีพอที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ได้ หรือทำได้ไม่เป็นไปตามความคาดหวังก็ย่อมนำไปสู่ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Raikes และ Thompson²³ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร โดยระบุว่า การที่มารดามีความเชื่อในความสามารถของตนเองนับว่าเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านจิตใจ (psychological resource) ที่มีส่วนช่วยลดความเครียดที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงดูบุตรได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของมารดาชาวอิหร่าน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีระดับความมั่นใจอย่างมากในการที่จะกระทำกิจกรรมตามบทบาทของความเป็นมารดาจะทำให้ความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรลดน้อยลง²⁴

1.2 อายุพบว่าอายุของมารดาไม่สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้ ($\beta = .13, p > .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Combs-Orme และคณะ²⁵ และ Younger⁷ ที่พบว่า อายุไม่สามารถ

ทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้อีกทั้งการศึกษาของ ทศนี ประสภกิตติคุณ และคณะ⁵ ที่พบว่าอายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรด้วยเช่นกัน การที่อายุไม่สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกในผลการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากอายุของบุตรในการศึกษาครั้งนี้ ถูกจำกัดด้วยวัยขวบปีแรก ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของมารดาและเป็นช่วงสร้างรากฐานที่สำคัญของชีวิตเด็ก เนื่องจากเด็กวัยขวบปีแรกนี้เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโต และการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการอย่างรวดเร็ว เป็นวัยที่ต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา-บุตร ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญที่นำไปสู่คุณภาพการเลี้ยงดูเด็กในลำดับต่อไป และที่สำคัญยังเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ ดังนั้น ในการดูแลเด็กวัยขวบปีแรก มารดาหรือผู้เลี้ยงดูจึงต้องใช้เวลาอย่างเต็มที่ มีความอดทน และความเสียสละอย่างมาก เพื่อที่จะปฏิบัติภารกิจของการเลี้ยงดูจึงเป็นไปได้ว่า ไม่ว่ามารดาจะมีอายุมากหรือน้อยก็ตามก็ย่อมต้องเผชิญกับภาระของการเลี้ยงดูที่นำมาซึ่งความเครียดไม่ต่างกัน แต่การที่จะรับรู้ว่าการเลี้ยงดูทารกเป็นความเครียดมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นไม่ใช่ขึ้นอยู่กับอายุของมารดา

1.3 ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ($r = -.177, p = 0.72$) และระดับการศึกษาของมารดานั้นไม่สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้ ($\beta = -.09, p > .05$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา ที่พบว่าการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร^{5,7} และอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรได้⁶ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้กลับไม่พบอิทธิพลของระดับการศึกษากับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันนั้นมารดาหรือคนทั่วๆ ไปสามารถศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กได้ง่าย เพราะการสืบค้นหาข้อมูลนั้นมีหลากหลายช่องทางเนื่องจากความก้าวหน้า



ทางเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร อีกทั้งยังมีการใช้สื่อเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการเลี้ยงดูเด็กออกมาหลายรูปแบบ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ในรูปของแผ่นพับ เอกสาร และนิตยสารต่างๆ รายการทางวิทยุ รายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับแม่และเด็ก สื่อเหล่านี้ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูอบรมเด็ก ตลอดจนการดูแลหรือแก้ปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพัฒนาการของเด็ก²⁶ ด้วยเหตุนี้ไม่ว่ามารดาจะมีการศึกษาในระบบโรงเรียนมากหรือน้อย ต่างก็สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กได้ง่ายขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสมัยก่อน จึงทำให้ไม่พบอิทธิพลของระดับการศึกษาต่อความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรในการศึกษาครั้งนี้

1.4 จำนวนบุตรที่ต้องดูแลในบ้านเดียวกันขณะปัจจุบัน พบว่า จำนวนบุตรที่ต้องดูแลในบ้านเดียวกันขณะปัจจุบันไม่สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร ($\beta = -.04, p > .05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในอดีต⁸ ที่พบว่า จำนวนบุตรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการเกิดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งทั้งนี้การที่ผลการวิเคราะห์ไม่พบอิทธิพลของจำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันขณะปัจจุบันกับความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร อาจเกิดจากลักษณะการเลี้ยงดูเด็กตามบริบทของสังคมไทยนั้นแตกต่างจากรูปแบบการเลี้ยงดูตามวัฒนธรรมตะวันตก เนื่องจากการอบรมเลี้ยงดูในวัฒนธรรมตะวันออกเป็นการเลี้ยงดูแบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูนั้นจะมีทั้งพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และพี่ ในการเลี้ยงทารก เพียงแต่แม่จะมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการอบรมสั่งสอนเด็กเล็ก²⁷ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (91 ใน 104 คน) มีสามีและปู่ ย่า ตา ยาย คอยให้ความช่วยเหลือในการดูแลบุตร การช่วยเหลือที่ได้รับเหล่านี้ช่วยแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดูบุตรที่ต้องดูแลในบ้านเดียวกันขณะปัจจุบันได้ ส่งผลให้ความตึงเครียดของมารดาต่อการเลี้ยงดูบุตรลดลงได้

2. ปัจจัยด้านบริบททางสังคม-สภาพแวดล้อม

2.1 การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลทารก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลทารก

สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.25, p < .05$) หมายความว่า ความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลทารก ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร⁵ และสามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้^{7,8,12} โดยสามารถอธิบายได้ว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (102 คน จาก 104 คน) มีผู้คอยช่วยเหลือดูแลบุตร ซึ่งหากมารดาได้รับความรัก ความเข้าใจ การเอาใจใส่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร การช่วยเหลือดูแลบุตร การสนับสนุนด้านเงินทองและสิ่งของ ตลอดจนความชื่นชมในความเป็นแม่จากบุคคลรอบข้างเหล่านี้ก็จะเป็ปัจจัยที่สำคัญต่อความมั่นคงทางอารมณ์ของทั้งมารดาและเด็ก จะช่วยลดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาได้^{10,28} ผลการศึกษาค้นคว้าเป็นที่น่าสนใจว่าการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลทารกนั้น เป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดซึ่งไม่เป็นไปตาม Model of the Determinants of Parenting ของ Belsky¹⁵ ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านลักษณะของบิดามารดานั้นมีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูมากที่สุด ส่วนปัจจัยด้านบริบททางสังคม-สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลรองลงมา แต่อย่างไรก็ตามอิทธิพลของทั้งสองตัวแปร (การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และ การสนับสนุนทางสังคม) ก็ไม่ได้มีความแตกต่างกันมาก ($\beta = -.23, p < .05$ และ $\beta = -.25, p < .05$ ตามลำดับ) การที่ผลการศึกษาค้นคว้านี้ไม่เป็นไปตาม Model ดังกล่าว อาจเนื่องมาจากรูปแบบการเลี้ยงดูตามวัฒนธรรมตะวันออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัฒนธรรมของการเลี้ยงดูสังคมไทย ซึ่งไม่ได้ยึดติดแต่เพียงมีการเลี้ยงดูแบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและมีความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน²⁷ จึงส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดในการศึกษาค้นคว้า

2.2 ลักษณะอาชีพของมารดา พบว่า ลักษณะอาชีพของมารดา (ซึ่งจำแนกเป็นสองลักษณะคือ แม่บ้านหรือทำงานที่บ้านและทำงานนอกบ้าน) ไม่สามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร



วัยขวบปีแรก ($\beta = .04, p > .05$) ซึ่งขัดแย้งจากการศึกษาของ ทศนี ประสภกิตติคุณ และคณะ⁵ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะอาชีพของมารดา กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร พบว่า ลักษณะอาชีพของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร กล่าวคือ การที่มารดาได้ออกไปทำงานนอกบ้านนั้นอาจจะได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับสังคมภายนอก ช่วยลดความรู้สึกหมกมุ่นและจذبกับภาระงานบ้าน การเลี้ยงดูและครอบครัว แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลับไม่พบอิทธิพลของลักษณะอาชีพของมารดาต่อความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรนั้น อาจเป็นไปได้ว่าตัวแปรด้านลักษณะอาชีพของมารดา ที่แบ่งเป็นทำงานอยู่ที่บ้าน (รวมแม่บ้าน) และทำงานนอกบ้าน เป็นการจำแนกลักษณะของตัวแปรให้มีความหลากหลายหรือมีคุณลักษณะแยกแยะได้ไม่เพียงพอที่จะทำให้สามารถเห็นผลที่มีต่อความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร²⁹ ดังนั้น การที่จะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ความเครียดที่สนใจศึกษา อาจต้องพิจารณาในแง่มุมอื่นของตัวแปรอาชีพด้วย ไม่ใช่เพียงมองแค่ทำงานในบ้านหรือนอกบ้าน เช่น ในการศึกษาวิจัยอาจต้องคำนึงถึงความพึงพอใจต่อลักษณะงานของมารดาด้วย ดังนั้น การไม่พบอิทธิพลของลักษณะอาชีพของมารดาในการศึกษาครั้งนี้ อาจไม่สามารถชี้ชัดว่าอาชีพมารดาไม่ใช่ตัวทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในแง่มุมอื่นของตัวแปรดังกล่าวประกอบด้วย

3. ปัจจัยด้านลักษณะของเด็ก

ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่ายพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ($r = .279, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของทศนี ประสภกิตติคุณ และคณะ⁵ ที่พบว่า ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก - ง่าย ของทารก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะพบว่าความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่ายมีความสัมพันธ์กับความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก แต่กลับพบว่า ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่ายไม่สามารถทำนายความเครียดของมารดาได้ ($\beta = .17, p > .05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Mulsow และคณะ³⁰ รวมทั้ง Ostberg และ Hagekull⁵ ที่พบว่า พื้นฐานอารมณ์ในเรื่องความเป็นเด็กเลี้ยงยากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

การเกิดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร การที่พบความสัมพันธ์แต่ไม่พบอำนาจการทำนายของตัวแปรความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่าย อาจอธิบายในเชิงสถิติได้ว่า ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่ายนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรของมารดา ($r = -.339, p < .001$) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองก็มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนในการดูแลทารก ($r = .538, p < .001$) ซึ่งมีสัดส่วนของความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุดด้วย ดังนั้นนอกเหนือจากขนาดของความสัมพันธ์ที่ความเป็นเด็กเลี้ยงยาก - ง่าย มีร่วมกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองซึ่งมีความสัมพันธ์ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมด้วยแล้ว ขนาดของความสัมพันธ์ที่เหลือระหว่างความเป็นเด็กเลี้ยงยาก - ง่ายกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรก็ไม่มากพอที่จะอธิบายความแปรปรวนหรือสามารถทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้อีก

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทำนายเป็นตัวแปรที่สามารถนำมาจัดกระทำได้ (modifiable variables) ซึ่งได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก และการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองแก่มารดาเพื่อสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อมารดากลับไปดูแลทารกเองที่บ้านอีกด้วย และควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิดและบุคคลในครอบครัวให้มีโอกาสได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตร สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของตนในฐานะบุคคลที่สามารถช่วยเหลือแบ่งเบาภาระของมารดาและมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการอบรมเลี้ยงดูบุตรได้ ตลอดจนพยาบาลควรสนับสนุนด้านข้อมูลและแหล่งประโยชน์อื่นที่เกี่ยวข้องอื่นๆ โดยอาจจัดทำในรูปแบบของการให้บริการโทรศัพท์สายตรงเมื่อมารดาและบุคคลในครอบครัวต้องการคำปรึกษา หรือจัดมุมให้คำปรึกษาด้านการเลี้ยงดูบุตรแก่มารดาที่พาบุตรมารับภูมิคุ้มกันที่แผนกสุขภาพเด็กดีนอกเหนือไปจากการนัดตรวจสุขภาพตามปกติ



References

1. Bobak IM, Jensen MD. Maternity & gynecologic care: The nurse and the family. 5th ed: St. Louis: CV. Mosby; 1993.
2. Tulman L, Fawcett J, Groblewski L, Silverman L. Changes in functional status after childbirth. *Nursing Research* 1990; 39: 70-5.
3. Creasey G, Jarvis PA. Relationships between parenting stress and developmental functioning among 2-year olds. *Infant Behavior and Development* 1994; 17: 423-9.
4. Abidin RR. Parenting stress index: Professional manual (3rd ed.) Odessa: FL: Psychological Assessment Resources; 1995.
5. Prasopkittikun T, Tilokskulchai F, Vipuro N. Relationship between selected factors and parenting stress in mothers. *Journal of Nursing Sciences* 2010; 28(1): 19-27.
6. McConachie H, Hammal D, Welsh B, Keane B, Waterston T, Paker L, et al. Wellbeing of new mothers. *Communication Practitioner* 2008; 81(3): 19-22.
7. Younger JB. A model of parenting stress. *Research in Nursing & Health* 1991; 14: 197- 204.
8. Ostberg M, Hagekull B. A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology* 2000; 29(4): 615-25.
9. Silver EJ, Heneghan AM, Bauman LJ, Stein REK. The relationship of depressive symptoms to parenting competence and social support in inner-city mothers of young children. *Maternal and Child Health Journal* 2006; 10(1): 105- 12.
10. Abidin RR. Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology* 1990; 19: 298-301.
11. Melson GF, Windecker-Nelson E, Schwartz RL. Support and stress in mothers and fathers of young children. *Early Education and Development* 1998; 9: 261-81.
12. Quittner AL, Glueckauf RL, Jackson DN. Chronic parenting stress: Moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59(6): 1266-78.
13. Holden GW. Parents and the dynamics of child rearing. Boulder, CO: Westview Press; 1997.
14. Vipuro N, Prasopkittikun T. General impressions on infant temperament questionnaire: Test-retest reliability. *Thai Journal of Nursing Council* 2008; 23(2): 82-92.
15. Belsky J. The determinants of parenting: A process model. *Child Development* 1984; 55: 83- 96.
16. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin* 1992; 112(1): 155-9.
17. Prasopkittikun T, Tilokskulchai F, Sinsuksai N, Sitthimongkol Y. Self-efficacy in infant care scale: Development and psychometric testing. *Nursing and Health Sciences* 2006; 8: 44-50.
18. House JS. *Work Stress and Social Support* Reading. MA: Addison-Wesley; 1981.
19. Bonds DD, Gondoli DM, Sturge-Apple ML, Salem LN. Parenting stress as a mediator of the relation between parenting support and optimal parenting. *Parenting: Science and Practice* 2002; 2: 409-35.
20. Pascoe JM, Ialongo NS, Horn WF, Reinhart MA, Perradatto D. The reliability and validity of the maternal social support index. *Family Medicine* 1988; 20(4): 271-6.
21. Carey WB, McDevitt SC. Revision of the infant temperament questionnaire. *Pediatrics* 1978; 61(5): 735-9.
22. Wacharasin C, Thienpichet S, Deoisres W. Predicting maternal stress of mothers having children age 0-3 years. *The Public Health Journal of Burapha University* 2011; 6(1): 32-41.
23. Raikes HA, Thompson RA. Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal* 2005; 26: 177-90.
24. Tahmassian K, Anari MA, Fathabadi MA, editors. The influencing factors of parenting stress in iranian mothers. International conference on social science and humanity; 2011; IACSIT Press, Singapore.
25. Combs-Orme T, Cain DS, Wilson EE. Do maternal concerns at delivery predict parenting stress during infancy? *Child Abuse & Neglect* 2004; 28: 377-92.
26. Soonthornhadal K, Kanungsukkasem U, Tangchonlatip K, Punpuing S. Child-care situations in Thailand: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 1998.
27. Isaranurug S, Suttisukon P. Child Rearing. *Journal of Public Health and Development* 2007; 5(1): 105-18.
28. Kaewluang N, Vatcharasin C. The effect of self-help group on childcare behaviors and maternal stress in thalassemic children's mothers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2004; 1(12): 60-73.
29. Tasanauiem P, Aonchunshom T, Tuanyee S. Network Development of Newborn Nursing Care in Sakon Nakhon Hospital and Its Neighbor Hospitals. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(3): 35-45.
30. Mulsow M, Caldera YM, Pursley M, Reifman A, Houston AC. Multilevel factors influencing maternal stress during the first three years. *Journal of Marriage and Family* 2002; 64: 944-56.



Factors Predicting Parenting Stress in Mothers of Infants *

Sumatchara Manachevakul M.S.N.** Tassanee Prasopkittikun PhD*** Parnnarat Sangperm PhD****

Abstract

Parenting infants during the first year may cause mothers to experience accumulated stress with subsequent negative impacts on parenting behaviors. Therefore, to develop nursing interventions to help reduce parenting stress in mothers the predictive factors of parenting stress should be known. The objective of this study was to examine the predictors of parenting stress in mothers. The study sample consisted of 104 mothers who brought infants aged 6-12 months to receive health supervisions and vaccinations at the Well Child Clinic, Chonburi Hospital, Chonburi Province. Data were collected using interviewing form for personal information and a set of self-administered questionnaires. Data were analyzed with descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient and multiple regression analysis.

According to the findings, all of the independent variables, that is, maternal age, education, number of infants requiring care in the same house, perceived self-efficacy in infant care, parenting support, maternal occupation, and easy-difficult child were together accounted for the 27% of the variance explained in the parenting stress. The significant predictors included parenting support ($\beta = -.25, p < .05$), and perceived self-efficacy in infant care ($\beta = -.23, p < .05$), while the other variables were unable to predict the parenting stress.

This study pointed out the importance of maternal confidence in parenting capabilities and parenting support to parenting stress. Nurses should arrange activities or programs to build confidence in parenting capabilities when mothers returned to provide care for infants at home in order to reduce the stress of mothers and promote family members to understand and participate in parenting children. Nursing activities may be organized in forms of providing education and advices on parenting.

Keywords: infant care, parenting stress, self-efficacy, social support

* *Master's Thesis, Faculty of Nursing, Mahidol University.*

** *Graduate Student, Faculty of Nursing, Mahidol University.*

*** *Associate Professor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.*

**** *Lecturer, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.*



ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้วัดข้อยุ่งลาย ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ ปร.ด.* สุพัตรา บัวที. ปร.ด.** โจเลียน ลอร์น อเล็กซานเดอร์ ดอตจสัน ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไข้วัดข้อยุ่งลาย ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนบ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไข้วัดข้อยุ่งลายโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากได้รับความรู้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 13.7 ทักษะคิดระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.7 เป็นร้อยละ 75.8 และได้คะแนนการรับรู้การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อไข้วัดข้อยุ่งลายเพิ่มจากร้อยละ 77.3 เป็นร้อยละ 84.8 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไข้วัดข้อยุ่งลาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ การให้ความรู้ทำให้ คะแนนความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไข้วัดข้อยุ่งลาย เหมาะสมขึ้น พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพควรมีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมให้เยาวชนมีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ไข้วัดข้อยุ่งลาย ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้การปฏิบัติ

Background and Significance

Chikungunya disease is a significant communicable disease in tropical areas. Once transmission of the disease has occurred, the disease can last for over 20 years in the affected areas. Even though this disease is not fatal, it can result in a deterioration of the health of people infected which negatively impact on their quality of life. Persistent joint and muscular pain, as well as depression can last for several months after chikungunya infection. Chikungunya transmission can also occur for a long time after infection, close surveillance to control the disease is necessary as there is no vaccine available for the disease¹.

Chikungunya has reemerged and appears to be a more serious disease. The first emergence

was in Africa in 1952. Chikungunya is a reemerged disease in different global regions, for example, in the Indian Ocean Islands and India with a massive epidemic in which one-third of the people in the Indian Ocean Island (a French territory) were affected by the infection and it caused 237 deaths and 1.3 million cases of chikungunya in India². A higher morbidity and mortality rate in the current outbreak and 2 new species of *ae. fuscifer-taylori* and *ae. luteocephala* have been identified^{3,4}.

In Thailand and Asia, the first emergence of chikungunya was found in Bangkok where the transmission has been absent since 1970. In September 2008 the most recent emergence of chikungunya, to date, occurred⁵. In 2009, chikungunya affected

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***อาจารย์พิเศษ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



45,201 people in 57 provinces; including Kalasin province⁶. It was found that students accounted for one third of the cases with 8,341 students infected by chikungunya overall⁷. Between August 2008 and June 2009, the number of people with chikungunya infection was higher than dengue haemorrhagic fever. The chikungunya outbreak moved from the south to the north of Thailand with an incidence rate of 521 cases per 100,000 people and a total of 23,847 identified as being infected with chikungunya⁸.

Knowledge is necessary to encourage people to prevent themselves from communicable diseases. Absence of disease may lead to limit knowledge which may lead to less concern about disease prevention. Therefore, a lack of knowledge about chikungunya can lead to high incidence of chikungunya disease among primary school students because of limited means to prevent infection and transmission. Health care providers and public health officials should educate people about the disease and the means of transmission control to reduce the risk of chikungunya infection⁹. Knowledge is one of the essential components for students' to understanding about chikungunya, develop appropriate attitudes about the disease and motivate students to prevent themselves from becoming infected and decrease transmission of the disease to other people. As chikungunya is a re-emerging disease which has been absent from Thailand for sometime, it is necessary to provide knowledge about the disease and disease prevention. As knowledge is significant for transmission control, the researchers developed a health education program to fit with the students' context, aimed to facilitate better understanding which will enhance the students' understanding of the disease and help them develop appropriate attitudes and attain suitable prevention practice to control outbreaks of chikungunya.

Research objectives

1. To measure knowledge, attitude and preventive practice perception of primary school students.
2. To compare knowledge, attitude and preventive practice perception regarding chikungunya infection and transmission among primary school students before and after participating in a chikungunya prevention program.

Research Methodology

This study is a quasi-experimental research using pretest-posttest research design.

Research Setting and Sample: This study was conducted in a primary school located in Kalasin province, in the Northeastern part of Thailand. Following human ethics of Faculty of Nursing, Mahasarakham University approved the research project, primary school students were invited to participate in this study were purposively selected for this study. The criteria for eligibility were able to read and write in Thai and agreed to participate in the program. The participants were sixty-six students aged between 10-12 years old both male and female who were attending school in Ban-Lad-Sra-Bua, Tambol Yang-Ta-Lad, Kalasin Province.

Research Instruments: The research instruments were developed by the researchers and the reliability of this questionnaire which was tested with similar school children by the researchers was 0.76.

1. The questionnaire comprises of 3 parts as follows: 1) Knowledge about chikungunya disease questionnaire which contained 20 items to determine knowledge about chikungunya, transmission route, infection symptoms, effects of the disease, treatment, and means to prevent the disease. Knowledge scoring was marked as 1 for correct and 0 for incorrect. The total score range was from 0-20. Knowledge score was divided into 3 levels. 2) Attitude toward chikungunya



questionnaire comprised of 12 items to determine attitude about chikungunya. A three-point Likert scale which was easy for school children to select the level of agreement was used to range the scores. Item responses range from 1-3, that represented the students' positive views and negative views on the items. There were 9 positive items which were scored as 1 for disagree, 2 for agree and 3 for strongly agree with the item and 3 negative items scored as 1 for strongly disagree, 2 for slightly disagree, and 3 for disagree. The total range of scores was from 12-36. The scores were divided into 4 levels. 3) Preventive practice perception of infection by and transmission of chikungunya disease comprised of 9 items to determine the participants' preventive practice perception to prevent themselves from becoming infected and also to prevent transmission of the disease to others. A three-point Likert scale was used to range the scores. Item responses ranged from 0-3 representing the students' preventive practice perception of the items, scored as 0 for no perception, 1 for occasional perception and 3 for regular perception. The total score range was from 0-18. The score was divided into 3 levels.

2. The handbook on chikungunya transmission and control which was developed by the researcher consisted of information about chikungunya disease which fitted with the primary school students' learning ability which is appropriate with their aged. It includes information about the cause and route of infection and transmission, signs and symptoms of the disease, the disease treatment, and preventive practice guidelines.

Research Implementation: The research proposal was submitted to and approved by the Nursing Faculty, Mahasarakham University. Permission was obtained from the director of the school. The researchers also met with primary school students to explain the nature of the study and study procedures. The participants were informed that they could decline from participating

in the study at any time without penalty. The participants participated in education aimed to facilitate knowledge acquisition, develop an appropriate attitude, and recognize essential skills to prevent chikungunya infection and transmission. Knowledge, attitude and chikungunya preventive perception scores were collected by survey prior to and after engaging health education program.

Data Analysis: Descriptive statistics include frequency and percentages were calculated to describe the general characteristics of the primary school students. Mean and standard deviations were calculated to determine the knowledge, attitude, and preventive practice perception of the students. Paired t-test was used to assess statistical differences at $p=0.05$ of mean scores of knowledge and attitude toward chikungunya disease, and preventive practice perception before and after educational sessions.

Research Findings

This study is a quasi-experimental research on one group of students' pretest-posttest that examined the effects of participation in a health educational program on students' knowledge, attitude and preventive perception of chikungunya disease. The findings from this study revealed some interesting results which will be presented as follows:

1. Characteristics of Primary School Students: The result shows 55.4 percent of participants were age between 11-12 years old. A majority of students were male (53.0%) and studying in grades 1-4 (53.0%). Most of the participants had a daily income of 40-59 baht per day (36.4%) and lived in Ban-Lad-Sra- Bua (68.2%).

2. Comparisons of Knowledge levels before and after attending the chikungunya disease health education program: The knowledge level of primary school students after participating in the chikungunya



disease health education program was higher. Before participating in the program, most of the students' knowledge scored was at the moderate level (98.5%). After participation, the students' knowledge scored increased from 1.5 % to 13.7 % (table 1).

3. Comparison of Attitude levels before and after attending the chikungunya disease health education program: The attitude levels of the primary school students after participating in the chikungunya disease health education program increased. Before participating in the program, most of the students' attitude scores were at the excellence level (66.7%). After participating, the number of students with attitude scores at the excellent level increased to 75.8 % (table 1).

4. Comparison of preventive practice perception levels of chikungunya disease before and after attending the chikungunya disease health program: Preventive practice perception levels of the primary school students after their participation in the chikungunya disease health education program

increased. Before their participation in the program, most of the students' preventive practice perception scores were at the very appropriate level (77.3%) and following their participation, the students' preventive practice perception scores were at the very appropriate level (84.8%) (table 1).

5. Differences of average score on knowledge, attitude, and preventive practice perception of chikungunya disease before and after the chikungunya disease health education program: The t-test shows statistically significant differences ($p < 0.05$) between the average scores of knowledge, attitude, and preventive practice perception from the primary school students before and after their participation in the health education program. The results showed that after their participation in the health education program, their mean scores of knowledge, attitude, and preventive perception increased from 5.77 to 8.12, 29.81 to 30.67, and 13.90 to 14.60 respectively (table 2).

Table 1 Comparison the levels of knowledge, attitude, preventive practice perception, before and after attending the chikungunya disease health education program

Chikungunya Disease	Before		After	
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage
Knowledge Levels				
Moderate (0-10 scores)	65	98.5	56	84.8
Good (11-14 scores)	1	1.5	9	13.7
Very good (15-20 scores)	0	0	1	1.5
Attitude Levels				
Not good (12-17 scores)	1	1.5	1	1.5
Moderate (18-23 scores)	3	4.6	3	4.5
Good (24-29 scores)	18	27.2	12	18.2
Excellent (30-36 scores)	44	66.7	50	75.8
Preventive Practice Perception Levels				
Inappropriate (0-6 scores)	1	1.5	0	0
Appropriate (7-12 scores)	14	21.2	10	15.2
Very Appropriate (13-18 scores)	51	77.3	56	84.8



Table 2 Differences of average score on knowledge, attitude, and preventive practice perception of chikungunya disease before and after the chikungunya disease health education program

Items	Before		After		t-test	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
Knowledge	5.77	2.45	8.12	3.06	-5.66	.00*
Attitude	29.81	3.92	30.67	3.74	-2.07	.04*
Preventive Practice Perception	13.90	2.37	14.60	1.87	-2.51	.01*

*Statistical significant difference $p < 0.05$

Discussion

Our results show participation in the chikungunya disease health education program enabled the students to gain understanding, develop appropriate attitude and appropriate preventive practices for chikungunya disease. This understanding and knowledge could reduce the possibility of an outbreak of chikungunya in the community. According to the findings of this study, the specific program to provide disease information should be used as a strategy to reduce transmission rates of chikungunya outbreak.

Understanding about disease and disease transmission can enable people to attain appropriate attitudes to facilitate development of disease prevention practices. In contrast, a lack of clear understanding about the disease leads to the failure of transmission control¹⁰. A number of campaigns aimed at protecting communities from communicable diseases use “providing knowledge” as a significant method to control communicable disease. For example, dengue haemorrhagic prevention program aimed at limiting the source of the virus the mass communication campaign was conducted using lectures and audiovisual aids. This made a marked improvement in knowledge, attitudes and practices^{11,12}. This strategy also reduced chikungunya disease transmission¹³.

Clear information and the people’s understanding about the disease and disease prevention

is a basic method of disease transmission control¹⁴. Renault, Solet and Sissoko stated that providing information on chikungunya disease, prevention and control is a significance strategy to limit the spread of chikungunya infection¹², Pai, Hong and Hsu reported that appropriate attitude closely related to motivation of preventive practice, facilitate practical prevention practice. This concurs with the findings of this study that after the students participated in the health education program, the level of appropriate practice perception increased significantly. It can be predicted that the students’ participation in the chikungunya infection control which can facilitate the success of infectious monitoring as a result of social involvement in control measures is made available to the public¹⁰, and swift public health response is needed¹⁵. The World Health Organisation also recommend the importance surveillance strategy through community participation to help detect and respond to signs and symptoms of chikungunya¹⁶.

Knowledge about communicable disease is an essential factor to prevent disease transmission¹⁷, and also found that the educational program reduced aegypti breeding places more effective than the use of chemical spraying¹⁸. According to the United States Department of Health and Human Services, educating people is a key to reducing the effects of disease transmission¹⁹. Concise, clear, and useable information



is needed to support people, family and community to prevent infection and transmission of communicable disease². Community support and participation is crucial for the prevention of future outbreaks and improving the health and wellbeing of the population. As a result of cooperation and participation a community can reduce morbidity and mortality from communicable disease.

However, it is evidence that there is no report of an outbreak of chikungunya in a country without dengue¹². Therefore, the most cost-effective way of chikungunya prevention is by implementing alongside with dengue. Adding chikungunya knowledge into dengue prevention campaign is likely to cause a little burden to health care budget and can improve people knowledge about chikungunya disease and the disease prevention.

Recommendation

1. During an outbreak of communicable disease, providing knowledge, transmission prevention and prevention practice by health professionals is needed and should be addressed as essential policy. The significance of innovative programs which fit with each social context needs to be addressed as this strategy can facilitate people complying with containment measures.

2. Nurses who work is community-based and hospital-based should be aware of the significance of and regularly inform people about the emergence of communicable disease, transmission situation and prevention guidelines. Nurses also should provide health education in education institutions and facilitate community health workers to provide knowledge about communicable diseases regularly.

3. The nursing curriculum needs to contain information about the emergence of chikungunya and management so to encourage nursing students to participate in prevention management. This education preparedness should enable nursing students' awareness of emergence disease control.

4. Future research should be addressed on: 1) implementation of chikungunya education program in high schools and universities in order to determine the effects of this program toward knowledge, attitudes and preventive practice perception, 2) study how communities participate in chikungunya prevention, 3) explore support and barrier factors of chikungunya prevention, 4) develop a community-based programme to promote chikungunya prevention.



References

1. WHO. Communicable disease: Chikungunya fever. [online]2009 [cite 2010 July 17]. Available from: <<http://www.searo.who.int/en/>
2. Mavalankar D, Shastri P, Ramani KV. Chikungunya epidemic mortality in India: Lessons from “17th Century Bills of Mortality” still relevant. W.P. No. 2007-07-12, July 2007: Indian Institute of Management Ahmedabad.
3. Lahariya C. Update on chikungunya and polio in India. *Indian Pediatrics* 2008; 45: 39-40.
4. Mavalankar D, Shastri P, Bandyopadhyay T, et al. Increase mortality rate associated with chikungunya epidemic, Ahmedabad, India. *Emerging Infectious Diseases*. [online] 2008 [cite 2011 April 1]. Available from: <http://www.highbeam.com>
5. Ayut P. Chikungunya fever. Annual Epidemiological Surveillance Report. [online] 2009 [cite 2010 May 10]. Available from: <<http://epid.moph.go.th>>
6. Sanoasaeng S, Sayumpurujinun S, Oppapong T. Chikungunya Surveillance in Thailand. Data on October 27th, 2009. Bureau of Epidemiology. Department of Disease Control, Ministry of Public Health 2009; 1-3.
7. Oppapong T, Areechokchai D, Sanoasaeng S, et al. Re-emergence of chikungunya in the new year period in 2010. Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2010.
8. Ditsuwat T, Liabsuetrakul T, Chongsuvivatwong V, et al. Assessing the spreading patterns of dengue infection and chikungunya fever outbreaks in lower southern Thailand using a geographic information system. *Annals of Epidemiology* 2011; 21(4): 253-261.
9. Gibney KB, Fischer M, Prince HE, et al. Chikungunya fever in the United States: A Fifteen year review of cases. *Clinical Infectious Disease* 2011; 1-6.
10. Weinstein P, Ravi S. The failure of colonial ‘distancing’: Changing representations of the 2005-06 chikungunya epidemic in Réunion, France. *Singapore Journal of Tropical Geography* 2008; 29: 221-235.
11. Ibrahim NK, Abalkhail B, Rady M, et al. An educational programme on dengue fever prevention and control for females in Jeddah high schools. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2009; 15(5):1058-1067.
12. Pai H, Hong Y, Hsu E. Impact of a short-term community-based cleanliness campaign on the sources of dengue vectors: An entomological and human behavior study. *Journal of Environmental Health* 2006; 68(6): 35-39.
13. Massad E, Ma S, Burattini MN, et al. The risk of chikungunya fever in a dengue-endemic area. *Journal of Travel Medicine* 2008; 15(3): 147-155.
14. Renault P, Solet J, Sissoko D, et al. A major epidemic of chikungunya virus infection on Réunion Island, France, 2005-2006. *American Journal Tropical Medicine and Hygiene* 2007; 77(4): 727-731.
15. Leo YS, Chow A, Tan LK, et al. Chikungunya outbreak, Singapore, 2008. *Emerging Infectious Diseases* 2009; 15: 836-837.
16. WHO. Prevention and control of chikungunya in South-East Asia: Report of the expert group meeting Aurangabad, India. 27-29 September 2007: WHO, Regional Office for South-East Asia; 2008.
17. Larson EL, Ferng Y, Wong-McLoughlin J, et al. (2010). Impact of non-Pharmaceutical interventions on URIs and influenza in crowded, urban households. *Public Health Report* 2010; 125: 178-191.
18. Espinoza-Gomes F, Moises CM, Coll-Cárdenas R. Educational campaign versus malathion spraying for the control of *Aedes aegypti* in Colima, Mexico. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2002; 56 (2): 148-152.
19. Mitty E. Infection control practices in assisted living communities. *Geriatric Nursing* 2009; 30: 417-423.



Effects of Chikungunya Prevention Program in Primary School Students

Jirapa Siriwatanamethanon PhD *

Supatra Buatee PhD **

Jolyon L.A. Dodgson PhD ***

Abstract

A quasi-experimental research was carried out to compare the knowledge, attitude, and practice perception to prevent transmission of and infection by chikungunya among primary school students at Ban Ladsabua school, Amphur Yangtalad, Kalasin province. The differences of knowledge, attitude, and practice perception score before and after participating in the health education program were determined by paired t-test.

The findings revealed positive impacts of health education program on knowledge, attitude, and practice perception for preventing transmission of and infection by chikungunya at with a significant differences at $p < 0.05$. Following health education, knowledge score at 11-14 from 20 score increased from 1.5% to 13.7%, attitude at the excellence level increased from 66.7% to 75.8%, and practice perception for preventing chikungunya disease score at 13-18 from 18 score increased from 77.3% to 84.8%.

Health education about chikungunya can improve knowledge, attitude, and practice perception for preventing the disease. It is recommended that health professionals should focus their practice on providing health services to support learning opportunities. The more people know about the disease and how to avoid infected by and transmission of communicable diseases, the better of transmission control; so appropriate management of disease transmission should be implemented.

Keywords: Chikungunya disease, knowledge, attitude, practice perception

This study was funded by Faculty of Nursing, Maharakham University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Maharakham University*

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Maharakham University*

**** Special Lecturer, Faculty of Science, Maharakham University, Kantharawichai District, Maharakham 44150, Thailand*



ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนหนานเหมียน เมืองหนานหนิง มลฑลกวางสี สาธารณรัฐประชาชนจีน

เพย หลี่ พย.ม.*

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ PhD**

เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายภาพสุขภาพของผู้สูงอายุชาวจีนในชุมชนหนานเหมียน เมืองหนานหนิง มลฑลกวางสี สาธารณรัฐประชาชนจีน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนได้ผู้สูงอายุจำนวน 201 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และเครื่องมือประเมินมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ลักษณะประชากรจากผู้สูงอายุ 201 คนพบว่าส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 53.7) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 53.2) จบการศึกษาระดับมัธยมต้น (ร้อยละ 28.9) เคยมีอาชีพทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม (ร้อยละ 48.8) และไม่ได้ทำงานหลังเกษียณอายุ (ร้อยละ 53.2) 2) สุขภาพกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้สุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.3) และรับรู้ว่าสุขภาพตนเองเหมือนกับคนอื่นในวัยเดียวกัน (ร้อยละ 50.7) ผู้สูงอายุเป็นโรคเฉลี่ย 1.36 โรคต่อคน โรคที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้ออักเสบหรือรูมาตอยด์ ความเจ็บป่วยที่พบคือ อาการปวด อ่อนเพลีย/อ่อนล้า และหน้ามืด/เป็นลม ปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ การมองเห็น การนอนหลับ การสูญเสียความทรงจำ การได้ยิน และอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละสามครั้ง (ร้อยละ 89.6) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 88.6) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 81.1) และออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 64.2) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ผลการประเมิน BAI พบว่า ร้อยละ 29.9 มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลการประเมิน IADL พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา เรื่อง การซักผ้า การจัดการเรื่องเงิน และการใช้โทรศัพท์ 3) สุขภาพจิต ผู้สูงอายुर้อยละ 30.9 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 23.5 มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง 4) สุขภาพสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70.1) อาศัยอยู่กับครอบครัวในอาคารพักแบบสองห้อง (ร้อยละ 80.1) โดยอยู่กับสมาชิกของครอบครัว (ร้อยละ 34.8) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 76.6) และพบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนหลักด้านอุปกรณ์-สิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันจากบุตรชายมากกว่าบุตรสาว แต่จะได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบุตรสาวมากกว่าบุตรชาย การศึกษานี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลแบบเป็นองค์รวมและในการจัดบริการผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองหนานหนิง มลฑลกวางสี สาธารณรัฐประชาชนจีน

คำสำคัญ: ภาพสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชุมชน ประเทศจีน

*นักศึกษายาบาลศาสตรมหาบัณฑิต หลักสูตรนานาชาติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Rationale and Background

China has become an aging society. Older people (60 years and over) increased from 145.09 million (11.1%) in 2005 to 159.89 million (12.0%) in 2008¹. In comparison the Guangxi Zhuang Autonomous Region, at the end of 2007, had 6.35 million of older people which accounted for 13.31% of the total population². Data showed that the ratio of older people in Guangxi was higher than the national average.

The increasing numbers of older people leads to a growing need for care. Three types of care are presently available for older people in China: community-based care, familial care, and institutional care³. Most older Chinese people still live with family members in various arrangements within the community.

Community-based long-term care for older people in China, supported by local governments, had emerged especially in urban areas⁴. Older people are encouraged to remain living in their own homes as long as possible, assisted by community support services when the need arises⁴. Hence, it offers a unique challenge for the Chinese health care system to pay more attention to the health of older Chinese people in the community.

The Ministry of Health established a health record, which has been chiefly used in the township health centers, village clinics, and community health service units and centers⁵. The record pays attention to physical health, rather than the holistic health of older people. It does not indicate information of functional ability, mobility, depressive symptoms, cognition, or social function. Therefore, data on the holistic health of older people in the community is needed in order to reflect the overall health profile of older people.

To date, the health profile of older Chinese people has been studied in two different settings: in a hospital and in a residential apartment^{3,6}. There is limited data on the health profile of older Chinese people living

in community. Thus, there is a need to address the lack of information on the health profile of older Chinese population in community settings.

Older people in the community tend to be affected adversely by health inequalities and poverty due to their physical and mental health deterioration, functional decline and social adversity⁷. Thus, this study aims to describe the health profile of older people living in Nanmian community, Nanning, Guangxi, and People's Republic of China.

Conceptual Framework

This study employs the conceptual framework from Aroonsang et al.⁸ which was based on the World Health Organization's definition of health, and the comprehensive assessment of the Australian Health Minister's Advisory Council (AHMAC). The researcher modified the conceptual framework to fit with the context of Chinese urban communities comprised of four dimensions: **demographic characteristics, physical health, mental health and social health**⁹.

Methodology

A cross-sectional descriptive survey study was used to describe the health profile of older Chinese people living in Nanmian community, Nanning, Guanxi, Peoples' Republic of China.

Subjects: Multistage sampling was used to obtain the 201 older people as subjects for the study. The study was conducted during February and March, 2011.

Instruments: Health profile questionnaires developed by Aroonsang et al.⁷, Shi⁶, and Wang et al.³ were modified by the researcher for use in this study. There were 4 sections: 1) **demographic characteristics:** age, gender, educational level, occupation, and income; 2) **physical health:** health perception, diseases and illnesses, geriatric problems, health behaviors, and physical function; 3) **mental health:** mood status



and cognition; and 4) **social health**: perceived social support, received sources of support, and social network. The five standard scales used were: the Barthel ADL Index (BAI)¹⁰, Instrumental Activity of Daily Living Scale (IADLs)¹¹, the Geriatric Depression Scale-15 items (GDS-15), Mini-Mental State Examination (MMSE)¹² and Perceived Social Support Scale (PSSS).¹³

Validity and Reliability: The questionnaire was checked for content validity by five experts, and the Content Validity Index (CVI) of 0.904 was calculated¹⁴. Based on Cronbach's alpha, the internal consistency reliabilities of the BAI, IADLs, MMSE and PSSS were 0.95, 0.92, 0.76, and 0.86, respectively. Based on the Kuder Richardson 21 (KR-21), the reliability for the GDS-15 was 0.75. The validity and reliability for all scales were within acceptable levels.

Data collection procedures: Permission for obtaining data was approved by the Khon Kaen University Ethics Committee for Human Subjects, the Beihu street office of Xi Xiangtang district, and the office of Nanmian community neighborhood committee.

Officers of the Nanmian community neighborhood committee contacted and informed the eligible older people who verbally agreed to participate. The subjects selected the time, date and place for the interviews. Face to face interviews based on questionnaires and standard scales were used to collect data.

Data Analysis: The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used for analyzing descriptive statistics.

Results

The health profile of older people comprised of 4 sections

1. Demographic characteristics: Of the 201 older people, 53.7% were females and 46.3% were males. Age ranged from 60 to 89 years (mean

= 69.78). The largest age group was the young old group, 60-69 years old (53.2%). Most of them were educated (86.1%), and had middle school education (28.9%). The major ethnicity was Han (80.1%). The major occupation before 60 years of age was industrial worker (48.8%) and the major current occupation was housework (48.1%).

2. Physical health: For health perception, most of the sample perceived their health as fair (48.2%), and as the same as others of the same age (50.7%). Data concerning diseases and illnesses was collected from the subjects' perceptions, with no official medical diagnosis. The most prevalent **diseases** found were hypertension (38.3%), diabetes mellitus (15.9%), rheumatoid arthritis or osteoporosis (15.4%), cardiovascular disease (10.9%), gastro-duodenal ulcer (8.5%) and hyperlipidemia (8.5%). On average the sample suffered from 1.36 diseases during the 6 months prior to data collection.

The most common illnesses found were pain (38.3%), weakness/fatigue (13.4%), vertigo or syncope (10.0%), and cough (6.5%). Most subjects (92%) reported that they had at least one geriatric problem within the past 6 month. The top five geriatric problems were vision problems (76.1%), sleep problems (62.7%), memory loss (40.8%), hearing problems (26.9%), and urinary incontinence (17.9%). The health behaviors reported were: 88.6% did not smoke at all, 81.1% did not drink at all, 64.2% exercised more than three times per week, and 89.6% had three meals per day. Physical function was assessed by the Barthel ADL Index and IADL Index. Most subjects (70.1%) were physically independent, 24.4% had mild physical dependence, and 5.5% had moderate to very severe dependence on ADLs. The most dependent of the IADLs were: dependence on laundry (10.0%), followed by money management (9.5%), then telephone (8.5%).



3. Mental health: Older people's mental health was measured by mood status and cognition. The mood status assessed by GDS-15 showed that most of the older people (69.1%) had normal mood status, 21.9% had mild depression, and 9% had moderate to severe depression. Cognition, assessed by the MMSE, showed that of 183 older people, 23.5% were identified as having cognitive impairments.

4. Social health: Social health was measured by social support and social network. Social support involved perceived social support and received sources of social support. Perceived social support was measured by PSSS. Older people had support from family (mean: 5.65-5.82), followed by friends (mean: 3.40-3.89), and significant others (mean: 2.70-2.72). Received sources of support: Subjects obtained material support mostly from sons (63.2%), followed by daughters (61.7%), then by spouse (34.3%). Of the total subject, 70.6% had financial support from the government (pension or insurance), 44.8% from daughters, 43.8% from sons, and 13.4% from spouse. The majority of older people received instrumental support from sons (51.7%), followed by daughters (43.8%), then spouse (34.8%). Social network: Most subjects (70.1%) were married; (80.1%) lived in a two-room apartment; (34.8%) lived with children, grandchildren and spouse; (26.4%) lived with spouse; and (11.4%) lived alone. For the social contact, 51.7% reported that they had visits from children or grandchildren, and 23.9% were visited by relatives. For the telephone contact, most subjects (54.2%) had occasional contact with children, relatives, friends & neighbors, and co-workers; 27.4% reported frequent telephone contacts; and only 18.4% of them reported that they did not have any contacts at all. Most (76.6%) did not participate in any social activities and 11% participated in social activities regularly.

Discussion

Demographic data showed that there were more females than males in the studied urban community group, and most were in the young-old age group (60-69 years). This finding is similar to the Chinese national study conducted by Wan et al.¹⁵

Physical health profile: Over one-fourth of the subjects perceived their health to be poor or very bad. Similar results were found by Li et al.¹⁶ in urban cities of Guangxi. However, nearly one-half of the subjects perceived their health as fair. This perception may be influenced by Asian culture and Confucianism by which people tend to express their ideas of moderation, rectitude, and lack of prejudice that would conceal their real feelings.

On average the subjects suffered from 1.36 diseases during the 6 months prior to data collection. The findings reported that most (74.6%) had at least one disease. These results were consistent with Cheng et al.¹⁷ who reported that older people in the community had an average of 1.24 diseases. The most prevalent diseases of older people were hypertension, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis or osteoporosis and cardiovascular disease. The disease with the highest incidence in the present study was hypertension (38.3%). This result was lower than a national survey among older Chinese people in cities which showed dramatically higher prevalence rates of hypertension (42%) among older adults aged 60 years and over. The most common illnesses of our older people were pain, weakness/fatigue and vertigo/syncope. Sha et al.¹⁸, Mitprasart U, Surit P¹⁹, Nadee S, Teeranute A, Boonsawat W²⁰ also reported the most common symptoms in older people were musculoskeletal pain, fatigue and shortness of breath. In this study, 38.3% of older people had pain. Pain was the most common illness reported among older people.



For geriatric problems, the majority of older people (92%) reported that they had at least one geriatric problem within the past 6 months. The high prevalence of geriatric symptoms indicates that older people need appropriate health care to deal with these conditions.

For health behaviors, the study found that most subjects exercised, had regular diet habits and ate healthy foods. Only a small group of older people had the negative health behaviors of smoking and drinking. Data from the current study indicates that most older people in Nanmian community live with good health habits. Lee et al.²¹ suggested that a potential benefit of engaging in multiple healthy lifestyle habits is for maintaining cognitive health.

Physical function: For the BAI, 29.9% of older people were dependent for all or some ADLs. It indicates that older people need assistance in performing ADLs. A higher prevalence of ADL dependence was reported in Spain by Milla' n-Calenti et al.²² that 36.35% of older people were dependent for all or some ADLs in the community. The different results could be due to cultural differences and using different ADL items in the studies. A study by Shi et al,⁶ reported up to 58.7% of older patients in the hospital were dependent for all or some ADLs during hospitalization. These results might indicate that older people in the community are more independent with ADLs than those in the hospital settings. The reasons for these differences may be due to the patterns of diseases and illnesses, variations in life styles, and the setting or environment.

From the IADLs of our subjects, we found that they were most dependent on laundry (10.0%), followed by money management (9.5%), then telephone (8.5%). A study done in African showed that older people in their community are more likely to report dependence on IADL tasks like transferring and getting to places outside the home²³. These varied results might be related to cultural differences.

The mental health profile was measured by mood status and cognition. For mood status, one-third (30.9%) of older people had depression. This was slightly higher than that found by Katona et al.²⁴ who reported a 22% prevalence of depression in the baseline population of community-dwelling older people with ADL limitations in Islington. However, our findings were lower than who reported the prevalence of depression of older people in Korea to be at 63%. These differences might be explained by the prevalence of depression in different regions influenced by cultural factors and state of health, as well as the methods and instruments used. It indicates that depression in older people is a widespread problem²⁵.

The current study found that 23.5% were identified as having cognitive impairment or dementia. A previous study done in the city of Changsha, China reported a dementia rate of 27.5%²⁶. The slightly differences among MMSE results may be due to socio-cultural differences and the method used.

The social health profile (PSSS) was used to assess the perceptions of older people regarding social support from family, friends and significant others in the community. This study presents that older people have support from family, followed by friends and significant others, respectively. The study also showed the majority of older people received instrumental, material, and financial support from sons, daughters, and spouses.

Traditionally family members, especially adult children, have been expected to be the main source of support for older people. Adult children are the primary source of support for older people in China. It was also found that sons provided instrumental support more than daughters, while daughters provided more financial support than sons. However, findings from Lecovich & Lankri²⁷ indicated that sons tended to be perceived as more responsible for providing financial



assistance to their parents, while daughters were more likely to be expected to provide care and instrumental assistance.

For the social network, most of the subjects were married and lived in the two-room apartment. However, 37.8% of older people lived in an "empty-nest family". The study showed that the "empty nest family" in China accounted for almost 25% of elderly households, and the proportion of "empty nest families" in Beijing was over 35%²⁸. However, 59.7% of older people lived with children or others in intergenerational households. The results reflect Chinese culture, where family is an important source of support for older Chinese people in the community.

Limitations of the study

Data collection for the present study was carried out in winter when weather was cold, moist and rainy. Older people tend to report more health problems during winter months than during other seasons. Seasonal influence may be a relevant factor for older people carrying out the IADLs and participating in social activities. The seasonal limitations may have influenced the responses in some parts of the health profile of community-dwelling older people.

Implications

The health profile provides baseline information on the minimum dataset of the holistic health of older people in community. Community health nurses need to be trained to assess and monitor the health profile, as well as to develop the complete holistic health records of older people in the community. Nursing administrators should provide support for setting up community aged care services that are specific to the health care demands of community older people. Nursing education or training in gerontological or geriatric care for older people in community should be provided.

Recommendations

A longitudinal study should be conducted in order to explore the changes in the dimensions of health profile of older Chinese people in the community.

References

1. The Chinese National Committee on Aging. The development of China aging career statistical bulletin in 2009. [online] 2009 [cite 2010 June 10]. Available from: <http://www.cncaprc.gov.cn/info/9196.html>
2. Guangxi Government. 2008. Guangxi population structure and its development trend analysis. [online] 2009 [cite 2010 June 24]. Available from: <http://www.nanning.gov.cn/n722103/n722150/n722931/n3157627/3164156.html>
3. Wang ST, Sritanyara W, Aroonsang P. Health profile of older people in an elderly residential apartment, P. R. China. *KKU Research Journal (Graduate Studies)* 2008; 8(4): 1-17.
4. Ming ACC, Cheng ST, Philips D. The aging of Asia: policy lessons, challenges. [online] 2007 [cite 2010 October 1]. Available from: <http://www.globalasia.org>
5. Ministry of Health (MOH). National Standard of Basic Public Health Services. [online] 2009 [cite 2010 July 9]. Available from: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/html>
6. Shi WQ. Health profile of hospitalized older people in a tertiary hospital in Nanning, Guangxi, China. Unpublished M.S Thesis in Nursing, Graduate School, Khon Kaen University; 2009.
7. Assantachai P. How Can Older People Survive in an Ever-Changing Urban Community. *Siriraj Med J* 2010; 62: 103-105.
8. Aroonsang P, Sritanyarat W, Lertrat P. Health profile of older people in health care institutions and in community-based care setting [Abstract]. *AIC-HHC* 2009; 139.
9. AHMAC Care of Older Australia Working Group. Guide for assessing older people in hospitals. Melbourne, Victoria: The metropolitan health and age care service division, Victorian Government Department of Human Service; 2004.



10. Collin C, Wade D. T, Davies, S, Horne V. The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies* 1988; 10(2): 61-63.
11. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969; 9 (3): 179-18.
12. Folstein M. Mini-mental and son. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 290-294.
13. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52 (1): 30-41.
14. Wan H, Sengupta M, Zhang KT, Guo P. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/07-2 Health and Health Care of the Older Population in Urban and Rural China: 2000. U.S.; 2007.
15. Li ZZ, Qin H, Guo QQ, Cen MY. An analysis of investigating health status and medical service requirement of the elderly in urban and rural areas of Guangxi. *Chinese Journal of Gerontology* 2007; 4(27): 36.
16. Li DM, Chen TY, Li GY. The problem of mental health in the elderly in empty-nest family. *Chin. J. Gerontol* 2003; 23, 405-407 (in Chinese)
17. Cheng RR, Zhang Y, Jia LP. Survey and analysis on the community nursing demands of city elder people. *Modern Nursing* 2007; 13(12): 1113-1114.
18. Sha MC, Callahan CM, Counsell SR, Westmoreland GR, Stump TE, Kroenke K. Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults. *The American Journal of Medicine* 2005; 118: 301-306.
19. Mitprasart U, Surit P. Nutritional Status and Associated Factors among Older Adults in the Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(3): 46-55.
20. Nadee S, Teeranute A, Boonsawat W. The Effect of Empowerment Program on Fatigue symptom in The Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(4): 69-78.
21. Lee Y, Kim J, Back JH. The influence of multiple lifestyle behaviors on cognitive function in older persons living in the community. *Preventive Medicine* 2009; 48: 86-90.
22. Milla' n-Calenti JC, Tubi' o J, Pita-Ferna' ndez S, Gonza' lez-Abraldes I, Lorenzo T, Ferna' ndez-Arruty T, Maseda A. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 50: 306-31.
23. Hamman RF, Mulgrew CL, Baxter J, Shetterly SM, Swenson C, and Morgenstern NE. Methods and prevalence of ADL limitations in Hispanic and non-Hispanic white subjects in rural Colorado: the San Luis Valley Health and Aging Study. *Ann Epidemiol* 1999; 9(4): 225-235.
24. Katona C, Manela M, Livingston G. Comorbidity with depression in older people. *Aging Ment. Health* 1997; 157-162.
25. Pitantanakune P, Surit P. Chronic Pain Management of Older Persons Living in a Community. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2011; 29(4): 58-68.
26. Yao SQ, Zeng H, Sun SY. Investigation on status and influential factors of cognition function of the community-dwelling elderly in Changsha City. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009; 49: 329-334.
27. Lecovich E, Lankri M. Attitudes of elderly persons towards receiving financial support from adult children. *Journal of Aging Studies* 2002; 16: 121-13.



Health Profile of Older Chinese People in Nanmian Community, Nanning, Guangxi, People's Republic of China

Fei Li M.N.S.*

Penchun Lertrat PhD**

Wanapa Sritanyarat PhD***

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to describe the health profile of older Chinese people in Nanmian community, Nanning, Guangxi, People's Republic of China. Multistage sampling was used to obtain 201 older subjects from Nanmain community. Data were collected by using questionnaire and standard assessment tools. Descriptive statistics was used for data analysis.

Results: 1) Demographic characteristics: Most of the 201 older people were females (53.7%), aged 60-69 years (53.2%), had middle school education (28.9%), were industrial workers (48.8%), and had no work after retirement (53.2%); 2) Physical health: Most of older people perceived their health as fair (48.2%), and as the same as others of the same age (50.7%). Older people had an average of 1.36 diseases. The most prevalent diseases found were: hypertension, diabetes mellitus, and rheumatoid arthritis or osteoporosis. The most common illnesses found were: pain, weakness/fatigue and vertigo/syncope. The top five geriatric problems reported were vision problems, sleep problems, memory loss, hearing problems, and urinary incontinence. Health behaviors: Most of the subjects ate three meals per day (89.6%), did not smoke (88.6%), did not drink (81.1%), and did exercise more than three times per week (64.2%). Physical function: The Barthel ADL Index (BAI) showed 29.9% were dependent in ADLs. The most dependence in IADLs were: laundry, money management and telephone, respectively; 3) Mental health: 30.9% had depression and 23.5% were identified as having cognitive impairments; 4) Social health: Most of the subjects were married (70.1%), lived in a 2-room apartment (80.1%), lived with family members (34.8%), and did not participate in any social activities (76.6%). Family was the main source of social support of older people. Most of them got material and instrumental support more from sons than daughters, but got financial support more from daughters than sons. This study provides baseline information which is beneficial for planning holistic health care and community aged care to meet the demands of older persons in Nanning, Guangxi, People's Republic of China.

Keywords: Health profile, older people, community, China

*Student, Master of Nursing Science (International Program), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University