

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน
จากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน
จากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน



บุญธรรม รักดีพรหม

นางสาวบุญธรรม รักดีพรหม

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ นงลักษณ์ จินตนาติก,

พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุญย้ง มานะบริบูรณ์,

พ.บ.

พ.บ.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ไข่มุกข์ วิเชษฐเจริญ,

กศ.ด.

กศ.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สัทธิมงคล,

พ.ด. (Nursing)

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน
จากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2552

ทิสรา อิมร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทศนีย์ อรรถารส,
พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

บุญยัง มานะบริบูรณ์,

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุญยัง มานะบริบูรณ์,
พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ,

รองศาสตราจารย์ ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ,
กศ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

บุญธรรม รักดีพรหม

นางสาวบุญธรรม รักดีพรหม
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ทศนีย์ ประสพกิตติคุณ,
Ph.D. (Nursing)

รองศาสตราจารย์ ทศนีย์ ประสพกิตติคุณ,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นงลักษณ์ จินตนาดิกล,

รองศาสตราจารย์ นงลักษณ์ จินตนาดิกล,
พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ จินตนาดีล ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องและปัญหาต่างๆ ในทุกขั้นตอนจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ อรรถารส และรองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจกุมารเวชกรรมทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการวิจัย ขอขอบคุณวัยรุ่นโรคเรื้อรังและผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเพื่อน ๆ รหัส 50 ทุกคนซึ่งร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้ชีวิต แม้วันนี้ท่านจะไม่ได้เห็นความสำเร็จของลูกก็ตาม รวมถึงสมาชิกในครอบครัวที่ทำให้กำลังใจและสนับสนุนการศึกษาตลอดมา สุดท้ายขอขอบคุณคุณโสพิศ สุมานิต กัลยาณมิตรที่อยู่เคียงข้างและให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด

บุญธรรม ภักดีพรหม

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน

RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS AND TRANSITION READINESS FROM PEDIATRIC TO ADULT MEDICAL CARE IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC ILLNESSES IN THE UPPER REGION OF THE SOUTH OF THAILAND

บุญธรรม กักดีพรหม 5036744 NSPN/ M

พช. ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นางลักษณ์ จินตนาดิolk, พช.ด., ไช้่มกข์ วิเชิรเจริญ, กศ.ด., บุญย้ง มานะบริบูรณ์, พ.บ.

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนระบบการรักษาเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน การศึกษานี้จึงมุ่งหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง กรอบแนวคิดการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากวัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุ 14-20 ปี จำนวน 100 ราย ขณะมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคใต้ตอนบน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน การรับรู้คุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38, p < .01$, $r = .39, p < .01$) ตามลำดับ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความพร้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยคำนึงถึงการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองซึ่งเป็นพื้นฐานด้านจิตใจที่นำไปสู่พฤติกรรมด้านบวก การลดความวิตกกังวลที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ทีมสุขภาพ เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านประสบผลสำเร็จและเกิดผลกระทบน้อยที่สุด

คำสำคัญ: การเปลี่ยนผ่าน/ ความพร้อม/ วัยรุ่น/ โรคเรื้อรัง

RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS AND TRANSITION READINESS
FROM PEDIATRIC TO ADULT MEDICAL CARE IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC
ILLNESSES IN THE UPPER REGION OF THE SOUTH OF THAILAND

BUNTHAM PUKDEEPROM 5036744 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NONGLUK CHINTANADILOK, D.N.S.,
KAIMOOK WICHIENTHAROEN, Ed.D., BOONYING MANABORIBOON, M.D.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the relationship between selected factors and transition readiness in adolescents with chronic illnesses from pediatric to adult medical care based on a literature review as the conceptual framework. The determining factors included; duration of illness, self-esteem, anxiety and social support. The random sample consisted of 100 adolescents with chronic illnesses who came in for follow-up at the outpatient department in provincial hospitals in the upper region of the south of Thailand. Data were collected by means of interviews and self-administered questionnaires while descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients were used for data analysis.

The research findings indicated that the duration of illness was not significantly related to transition readiness ($r = .03, p > .05$) while self-esteem and social support had moderate positive relationships with transition readiness ($r = .38, p < .01, r = .39, p < .01$) respectively. Lastly, anxiety was found to have a low negative relationship with transition readiness ($r = -.25, p < .05$).

The findings suggest that healthcare providers should evaluate transition readiness and factors related to preparation for transition readiness in adolescents with chronic illnesses. To achieve the transition effectively interventions should focus on building self-esteem resulting in positive behaviors, the relief from anxiety associated with negative events in life and health status, and the provision of social support from family, peers, and health care providers.

KEY WORDS: TRANSITION/ READINESS/ ADOLESCENTS/ CHRONIC ILLNESS

119 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
การเจ็บป่วยเรื้อรังในวัยรุ่น	11
การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง	14
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง	20
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
แหล่งเก็บข้อมูล	35
เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	41
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	41
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
บทที่ 4 ผลการวิจัย	44
บทที่ 5 การอภิปรายผล	50
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	60
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	64
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	78
เอกสารอ้างอิง	87
ภาคผนวก	99
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	100
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	108
ภาคผนวก ค การพิทักษ์สิทธิ์ของของกลุ่มตัวอย่าง	109
ภาคผนวก ง การวิเคราะห์เพิ่มเติม	115
ภาคผนวก จ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	117
ประวัติผู้วิจัย	119

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย และค่าเฉลี่ยของคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	45
2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนของระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง	47
3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	48
4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน	48
5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง	49
6 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง	116
7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเมตริกซ์ (intercorrelation matrix) ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง	116
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง	116
9 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของระยะเวลาที่เกิดโรคกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง	116

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ

หน้า

1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ส่งผลต่อศาสตร์ทางการแพทย์และการพยาบาลให้มีการพัฒนาแบบแผนการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมและทันทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยเด็กทั้งในภาวะวิกฤติและเรื้อรังมีการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 (LoCasale-Crouch & Johnson, 2005) การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายลดลง มีอายุเฉลี่ยที่ยืนยาวมากขึ้นกว่า 20 ปี (สุกรี สุวรรณจุฑะ และสุภารัตน์ ไวยชีตา, 2549; Annunziato, et al., 2008) แสดงให้เห็นว่า จำนวนของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ช่วงวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยคาดการณ์ไว้ว่าภายในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคเรื้อรังซึ่งมีอายุ 5 - 14 ปี จำนวนมากกว่า 1.2 พันล้านคน (Berntsson, Berg, Brydolf & Hellstrom, 2007) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยใน ประจำปี พ.ศ. 2550 ของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุ 5 - 14 ปี ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอก (รวมมะเร็ง) มีจำนวน 9,327 ราย โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดรวมถึงความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน 35,518 ราย โรคเบาหวาน 935 ราย โรคหัวใจแต่กำเนิด 2,440 ราย โรคหัวใจรูห์มาติก รวมถึงโรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง 1,796 ราย โรคหอบหืด 17,029 ราย และโรคติดเชื้อเอชไอวี 2,195 ราย ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

แม้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังจะมีชีวิตยืนยาวเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นมากขึ้น แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการเจริญเติบโตที่ช้ากว่าเพื่อนและญาติพี่น้อง (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547; Turkel & Pao, 2007) ขาดโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาความคิด ความจำ และแรงจูงใจจากการที่ต้องจำกัดกิจกรรม (McDonagh, 2005; Yeo & Sewyer, 2005) เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลงและมีปมด้อย เพราะไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเพื่อนวัยเดียวกัน (เนตรฤทัย ภูนาถม, 2550; Pookboonmee, 1998) ขาดเรียนบ่อยครั้ง วิตกกังวล เหงา เศร้า และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก (Katon, Lin, & Keonke, 2007) เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากการดำเนินชีวิตในสังคมที่ต้องต่อสู้ดิ้นรน จึงต้องปรับพฤติกรรมโดยการดูแลตนเอง การแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ และการจัดการเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกองไว้ซึ่งความสมดุลของภาวะสุขภาพ (สุพัฒนา ศักดิ์ฐานนท์, 2545)

การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มวัยรุ่นโรคเรื้อรัง อาจหมายถึงการดูแลไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งระบบการรักษาผู้ป่วยเด็กในประเทศไทยส่วนใหญ่กำหนดไว้ที่อายุไม่เกิน 15 ปี การเปลี่ยนผ่านจากระบบการรักษาแบบเด็กสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งมีแนวคิดและแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง จึงเป็นช่วงเวลาแห่งความเปราะบาง (Fleming, Carter, & Gilibrand, 2002) เนื่องจากวัยรุ่นต้องปรับตัวหลายอย่างในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งในด้านพัฒนาการ การเรียนรู้บทบาทของตัวเอง ในสังคม การพัฒนาตนเองสู่ความมีคุณธรรมจริยธรรม และการมีพฤติกรรมทางเพศอย่างเหมาะสม (สุวรรณ เรื่องกาญจน์เศรษฐ์, 2551) รวมทั้งต้องรับมือกับข้อบกพร่องและภาวะสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น (Lotstein, Ghandour, Cash, McGuire, Strickland, & Newacheck, 2009)

โดยทั่วไปในการดูแลรักษาสุขภาพของเด็ก ทีมสุขภาพมักให้ความสำคัญกับเด็กและครอบครัวเป็นหลัก การพิจารณาดูแลรักษาจะอาศัยการตัดสินใจร่วมกับผู้ปกครองภายใต้การดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ส่วนการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ จะให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพ และตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยมีอำนาจตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธแผนการรักษาด้วยตนเอง หากแผนการรักษานั้นไม่พึงประสงค์ (Robertson, 2006) ทั้งนี้ การดูแลรักษาในระยะเปลี่ยนผ่านมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเอง สามารถปรับตัวและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ภายใต้อาสาสมัครที่ได้รับจากแพทย์และทีมสุขภาพ เพื่อเชื่อมต่อไปสู่การดูแลรักษาสุขภาพแบบผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มโอกาสในการเรียน การประกอบอาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข (Betz, 2007)

การรักษาแบบผู้ใหญ่ยังมีผลเสริมสร้างพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่น เช่น ทักษะด้านการสื่อสาร การตัดสินใจ และการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มศักยภาพ (McDonagh, 2005; Woldorf, 2007) ในทางตรงกันข้าม การเปลี่ยนผ่านที่ไม่สมบูรณ์จะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ จากการศึกษาของ Kipps และคณะ (2002) พบว่า การเปลี่ยนผ่านที่ไม่สมบูรณ์ของวัยรุ่นโรคเบาหวาน ส่งผลให้มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้น ขาดการรักษา และการปฏิบัติตัวเรื่องการควบคุมอาหารและการฉีดยาอย่างสม่ำเสมอ โดยก่อนการเปลี่ยนผ่านไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ วัยรุ่นได้รับการรักษาต่อเนื่องถึงร้อยละ 94 แต่ได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 57 เมื่อมีการเปลี่ยนผ่านไปแล้ว 2 ปี และการศึกษาของ Watson (2000) ที่พบว่า การเปลี่ยนผ่านที่ไม่สมบูรณ์ของวัยรุ่นซึ่งได้รับการเปลี่ยนตัว 8 ราย มีถึง 7 รายที่ได้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องไปภายในระยะเวลา 36 เดือน นอกจากนี้ การเปลี่ยนผ่านที่ไม่สมบูรณ์ยังก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่น เช่น การแยกตัวจากสังคม มีภาวะซึมเศร้า และการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Calahan, Winitzer, & Keenan, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจะประสบความสำเร็จได้นั้น ความพร้อมของตัววัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสำคัญมากที่สุด (Betz, 2004a; Lewis-Gary, 2001; Robertson, 2006) ความพร้อมซึ่งกล่าวถึงนี้เน้นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่าน ความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ได้แก่ ความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน ความรู้เรื่องโรคและภาวะสุขภาพ การจัดการเกี่ยวกับอาการของโรค และสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Betz, Redcay, & Tan, 2003; Hait, Arnold, & Fishman, 2006) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความพร้อมของวัยรุ่นโรคเรื้อรังก่อนการเปลี่ยนผ่านเพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมที่ดี และวางแผนให้การช่วยเหลือทั้งการป้องกันในกรณีที่การเปลี่ยนผ่านนั้นยังไม่เกิดขึ้น หรือการช่วยเหลือด้วยการบำบัดทางการพยาบาลในกรณีที่การเปลี่ยนผ่านนั้นพบอุปสรรค (เรณู พุกบุญมี, 2543) เพื่อช่วยเหลือวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้มีความเข้าใจ และมีความพร้อมสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่อย่างเต็มรูปแบบและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

นอกจากความพร้อมของวัยรุ่นที่จะส่งผลสำเร็จต่อการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่แล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานตั้งแต่วัยเด็กจะมีการปรับตัวเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนผ่านได้ง่าย (McDonagh, 2005) การศึกษาของงามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยสามารถทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดซึ่งได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 3.7 ($p < .05$) สอดคล้องกับสุดใจ สมิตธิการ (2541) ที่พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ($r = .13, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน จะมีการเรียนรู้และสามารถปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น เมื่อวัยรุ่นกลุ่มนี้เข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ จึงน่าจะมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี

การรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่วัยรุ่นมีต่อตนเอง เห็นว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสามารถจะทำภารกิจต่าง ๆ ให้สำเร็จ (ปรีชา ธรรมา, 2547) การศึกษาของ Berntsson และคณะ (2007) พบว่า วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงจะมีความมั่นใจและความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้ง่าย เนื่องจากรู้สึกว่าคุณค่าได้รับการยอมรับและยกย่องจากบุคคลอื่น เกิดประสบการณ์และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในสังคม ซึ่งแตกต่างจากเนตรฤทัย ภูนาถม (2550) ที่ศึกษาพบว่า วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะมีความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ก่อให้เกิดความ

เสื่อมถอยของแรงจูงใจ และมีแนวโน้มที่จะล้มเหลวในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย ดังนั้น การรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจึงเป็นพื้นฐานทางด้านจิตใจที่สำคัญในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ รวมถึงความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ในครั้งนี้

ความวิตกกังวลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ เกิดขึ้นจากตัววัยรุ่นเองจากเดิมซึ่งอยู่ในระยะพัฒนาการที่ต้องมีการพึ่งพาและได้รับการดูแลจากครอบครัวและทีมสุขภาพเด็กที่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมานาน ซึ่งบางครั้งอาจกีดขวางการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (Kaufman, 2006) เมื่อรับรู้ถึงการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ อันประกอบด้วย ทีมสุขภาพ แผนการรักษา และสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ที่วัยรุ่นไม่รู้จักรู้จัก ไม่คุ้นเคย และไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลภาวะสุขภาพ และมีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเรื้อรังของวัยรุ่นที่มากพอ (Hauser & Dorn, 1999) ส่งผลให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น และหากวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านครั้งนี้ไม่ดีพอ ความวิตกกังวลจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เช่น การรับประทานยาและการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง การศึกษาของ Weiner, Zobel, Battles, & Ryder (2008) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวี ($r = -.35, p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังประสบความสำเร็จ จากการศึกษาของงามทิพย์ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ได้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 40.5 ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์ แสงสุวรรณ นงลักษณ์ จินตนาดิกล พรศรี ศรีอัยภาพร และยาใจ สิทธิมงคล (2544) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 27.3 ($p < .001$) และอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ($r = .44, p < .05$) นอกจากนี้ การส่งเสริมความรู้และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพ ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน (Hait, et al., 2006) ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดการปรับตัวที่ดี และนำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ที่ดี

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยกับวัยรุ่นโรคเรื้อรังพบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนผ่านสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ วัยรุ่นโรคเรื้อรังกลุ่มนี้มักจะกลับมาปรึกษาปัญหาสุขภาพและบอกเล่าถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านที่มีความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับการรักษาแบบผู้ใหญ่ เช่น

การเข้ารับบริการในสถานที่และทีมสุขภาพที่ไม่คุ้นเคย ทำให้บางรายปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องและขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์วัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุ 14-15 ปี ขณะมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ซึ่งกำลังจะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ จำนวน 5 ราย พบว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้รับรู้ว่าจะตนเองจะต้องเปลี่ยนไปรักษาแบบผู้ใหญ่เมื่อมีอายุครบ 15 ปี จากการให้ข้อมูลของทีมแพทย์และพยาบาลเด็กเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้รับรู้และเตรียมพร้อม และจากการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ผู้ป่วยทุกรายให้ข้อมูลว่าไม่ต้องการไปรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ใหญ่เพราะไม่รู้จักทีมสุขภาพผู้ใหญ่ และวิตกกังวลว่าจะได้รับการบริการที่แตกต่างไปจากหน่วยตรวจโรคเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านระบบการรักษาของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยและเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ให้กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยให้การเปลี่ยนผ่านสู่สถานะใหม่ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

คำถามการวิจัย

1. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่า การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจะประสบความสำเร็จได้ ความพร้อมของวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสำคัญมากที่สุด (Betz, 2004a; Robertson, 2006) เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ช่วงระยะเวลาหนึ่งในการเรียนรู้และปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ จนกระทั่งสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและพร้อมสำหรับบทบาทใหม่ในชีวิต (Meleis, 2007) การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นโรคเรื้อรังซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคคลที่เปราะบางจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในวัยที่มีความเป็นอิสระสูง เมื่อเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะจิตสังคม เนื่องจากต้องปรับตัวทั้งด้านร่างกายที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว และด้านจิตใจที่จะต้องเรียนรู้และปรับตัวเพื่อรับมือกับตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาแบบผู้ใหญ่ที่เน้นให้วัยรุ่นมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Turkel & Pao, 2007) หากวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ย่อมส่งผลให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านมีประสิทธิภาพ การทบทวนวรรณกรรมยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านวัยรุ่น ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ภาวะจิตสังคม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน ทักษะความรู้ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ความพร้อมของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบายและแนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านทั้งทีมสุขภาพเด็กและทีมสุขภาพผู้ใหญ่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาบางปัจจัยที่เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทยดังนี้

ปัจจัยด้านตัววัยรุ่น การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาภาวะจิตสังคม (While, Forbes, Ullman, Lewis, Mathes, & Griffiths, 2004) เนื่องจากวัยรุ่นโรคเรื้อรังประมาณร้อยละ 20 มักจะมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมสูงกว่าวัยรุ่นทั่ว ๆ ไป (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551; Rosen, 2003) โดยศึกษาปัจจัยการรับรู้คุณค่าในตนเองและความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (While, et al., 2004) ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวและการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่ความพร้อมสู่การ

เปลี่ยนผ่านที่ดี ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเลือกศึกษาการสนับสนุนทางสังคม (Betz, 2004b; While, et al., 2004) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยให้วัยรุ่นมีการปรับตัวและพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี สำหรับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (Betz, 2004b; While, et al., 2004) พบว่า ประเทศไทยยังไม่มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมที่เป็นรูปแบบชัดเจน และถึงแม้ในต่างประเทศจะมีรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านให้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรัง แต่ก็ยังพบปัญหาและอุปสรรคทั้งในค่านโยบาย แนวปฏิบัติ ความรู้และทักษะของบุคลากรทีมสุขภาพ (Bryant & Walsh, 2009; Freyer & Brugieres, 2008) ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพ จึงยังไม่นำมาศึกษาครั้งนี้ และสำหรับปัจจัยที่นำมาศึกษามีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านดังนี้

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน จะมีการปรับตัวเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ที่ดี (งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545; สุดใจ สมทิธิการ, 2541; McDonagh, 2005; While, et al., 2004)

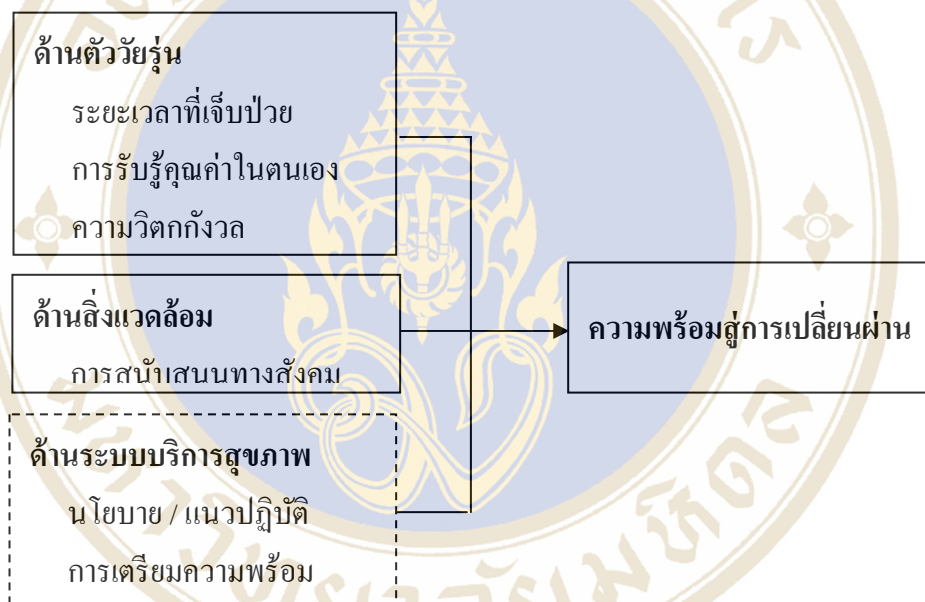
การรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นคุณสมบัติพื้นฐานให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการพัฒนาตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงศักยภาพสูงสุด นั่นคือ มีความพร้อมและสามารถปรับตัวสู่สถานการณ์ใหม่ได้ดี ส่วนวัยรุ่นที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีความมั่นใจในตนเองต่ำ จะก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของแรงจูงใจ และมีแนวโน้มที่จะล้มเหลวในการทำภารกิจต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ในครั้งนี้เช่นกัน (เนตรฤทัย ภูนาทลม, 2550; Berntsson, et al., 2007)

ความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ เกิดขึ้นได้ทั้งจากวัยรุ่นเองและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ในด้านวัยรุ่น จากเดิมที่มีภาวะพึ่งพาและได้รับการปกป้องดูแลจากครอบครัว และทีมสุขภาพเด็กซึ่งมีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมานาน เมื่อรับรู้ถึงการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อม ทีมสุขภาพ และแผนการรักษาที่วัยรุ่นไม่รู้จักรู้จักไม่คุ้นเคย และไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลภาวะสุขภาพ หรือมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเรื้อรังของวัยรุ่นมากพอ (Hauser & Dorn, 1999) ส่งผลให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และหากวัยรุ่นโรคเรื้อรังไม่มีความพร้อม ปรับตัวไม่ได้ ความวิตกกังวลจะยังมีความรุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (Weiner, et al., 2008)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังประสบความสำเร็จ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การที่วัยรุ่นโรคเรื้อรังรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์ พยาบาล จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนผ่าน

สู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้อย่างสมบูรณ์และประสบความสำเร็จ (งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545; วิภา รัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ, 2544; อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543; Berntsson, et al., 2007)

ดังนั้น การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจะประสบความสำเร็จได้ ความพร้อมของวัยรุ่นโรคเรื้อรังและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านมีความสำคัญมากที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทในการประเมินความพร้อมและปัจจัยดังกล่าวก่อนการเปลี่ยนผ่าน เพื่อนำไปสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้อย่างมีคุณภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาแสดงไว้ในแผนภาพที่ 1



----- หมายถึง ไม่ได้นำมาศึกษา

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุ 14 - 20 ปี ขณะมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคใต้ตอนบน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลและทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง
2. เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง
3. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ทีมสุขภาพ นักวิจัย รวมถึงนักศึกษาพยาบาล และผู้ที่สนใจศึกษาในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน

นิยามตัวแปร

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่วัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยนับระยะเวลาเป็นเดือนและปีจนถึงวันที่ทำการศึกษา

การรับรู้คุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีค่า ประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของ Kromvongkon (2002) ซึ่งได้มีการดัดแปลง แปลย้อนกลับ และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนของ Rosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนสูง แปลผลว่าวัยรุ่นมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง คะแนนต่ำ แปลผลว่าวัยรุ่นมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่นใจต่อเหตุการณ์ที่ทำให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่คลุมเครือ ไม่แน่นอน ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมได้ หรือเกิดจากความรู้สึกนึกคิดและการคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตว่าเป็นสิ่งคุกคามและจะมีอันตรายกับตนเอง สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความวิตกกังวลโดยทั่วไป ของบุญเพียร จันทิมาธร นางลัดดา จินตนาดิกล พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ วาสนา แฉล้มเขตร และเมธนิศ เบนเนเดทตี (2544) ซึ่งแปล เรียบเรียง และดัดแปลงจากแบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberg, Gorsuch, Lushene, Vagg และ Jacobs (1977) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนสูง แปลผลว่าวัยรุ่นมีความวิตกกังวลสูง คะแนนต่ำ แปลผลว่าวัยรุ่นมีความวิตกกังวลต่ำ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่วัยรุ่นโรคเรื้อรังรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ได้แก่ บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์และพยาบาล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 5) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของวิการ์ตัน แสงสุวรรณ และคณะ (2544) พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne และ Lazarus (1981) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนสูง แปลผลว่าวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี คะแนนต่ำ แปลผลว่าวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน หมายถึง การที่วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ รวมถึงการมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ประกอบด้วยความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน 4 ด้าน คือ 1) ด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน 2) ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา 3) ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค และ 4) ด้านสมรรถนะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ประเมินได้จากแบบประเมินความพร้อม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Betz, et al., 2003; Cappelli, Macdonald, & McGrath, 1989; Newland, 2008; Weiner, et al., 2008) จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนสูง แปลผลว่าวัยรุ่นมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านดี คะแนนต่ำ แปลผลว่าวัยรุ่นมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านไม่ดี

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาดังนี้

การเจ็บป่วยเรื้อรังในวัยรุ่น

การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังในวัยรุ่น

วัยรุ่น (adolescent) หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 11 - 20 ปี (Saewyc, 2007) แบ่งเป็น 3 ช่วงวัย ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (early adolescent) อายุ 11-14 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescent) อายุ 15-17 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescent) อายุ 18-20 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยของการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการจากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ จากภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นไปสู่ภาวะที่ต้องพึ่งพาและรับผิดชอบตนเอง วัยรุ่นจึงเป็นวัยที่ต้องมีการพัฒนาบุคลิกภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ถือได้ว่าเป็นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2547; Bill & Knight, 2007)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic illness) หมายถึง สภาวะทางร่างกายที่มีความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติ อาการของโรคหรือความผิดปกติอาจปรากฏให้เห็นหรือซ่อนเร้นอยู่ โดยไม่สามารถรักษาให้หายได้ในระยะเวลาอันสั้น มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือมีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องนานมากกว่า 1 เดือน (Curtin & Lubkin, 1998) หรือการเจ็บป่วยนั้นได้ก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือ และการดูแลในระยะยาว เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายได้อย่างสมบูรณ์มากที่สุด (รัชนี สีดา, 2548; Valentine & Hazell, 2007)

วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีพัฒนาการที่สำคัญหลายด้าน ทั้งการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีอิทธิพลต่อปฏิริยาการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ในขณะเดียวกัน การเจ็บป่วยเรื้อรังก็ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่นเช่นกัน (Valentine & Hazell, 2007) สามารถสรุปได้ดังนี้

ด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตช้า มีรูปร่างเล็กกว่าเพื่อนและญาติพี่น้อง เป็นหนุ่มสาวช้า ซึ่งมีสาเหตุมาจากสภาวะของโรคหลายประการ ร่วมกัน มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการรักษา การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม และการพัฒนาร่างกายด้านต่างๆ อาจถูกจำกัดหรือไม่สามารถทำได้เหมือนเพื่อนวัยเดียวกัน รวมทั้งโรคบางโรคยังมีผลต่อพัฒนาการทางด้านสมอง ซึ่งจะส่งผลทำให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังขาดโอกาสในการเรียนรู้ การพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญาและภาษาต้องหยุดชะงัก หรือช้าลงเมื่อเทียบกับกลุ่มเพื่อนซึ่งมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง (วิจารณ์ บุญสิทธิ, 2547; อำพร กอริ, 2544; McDonagh, 2005; Yeo & Sewyer, 2005)

ด้านจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางภาวะส่งผลให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ เช่น การมีหน้าตาแบบชาลส์ซีเมียร์ มีผิวสีเหลืองคล้ำ หรือโรคบางโรคที่ต้องมีการดูแลใกล้ชิด ได้ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ปกครองในการดูแลทั้งขณะอยู่บ้าน การมาตรวจตามนัด และขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำลง รู้สึกอึดอัดคับข้องใจจากการที่ผู้ปกครองต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้องคนอื่น หรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเพื่อน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน อีกทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีชีวิตที่แตกต่างจากคนปกติ ส่งผลให้ต้องดิ้นรนต่อชีวิตในอนาคต นอกจากนั้น การเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกเป็นปมด้อย ถูกจำกัดกิจกรรม ทำกิจกรรมได้ไม่ทัดเทียมคนอื่น และยังส่งผลต่อการเรียนรู้ ความคิด ความจำ และแรงจูงใจ (เนตรฤทัย ภูนาถลม, 2550; วิจารณ์ บุญสิทธิ, 2547; อำพร กอริ, 2544; Pookboonmee, 1998; Stam, Hartman, Deurloo, Groothoff, & Grootenhuys, 2006)

ด้านสังคม วัยรุ่นโรคเรื้อรังมักมีกิจกรรมทางสังคมน้อย ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน ขาดเรียนบ่อยครั้งเพื่อไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีอาการข้างเคียงจากการรักษา ส่งผลกระทบต่อเรียนและการประกอบอาชีพในอนาคต ถูกตีตราบาป สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคม ทำให้ความเป็นตัวของตัวเองลดลง วิตกกังวล แยกตัว เหวง เสร้า ถูกแยกจากเพื่อนเป็นเวลานาน แม้อาการเจ็บป่วยจะทุเลาลง แต่ก็ยังไม่อยากเข้ากลุ่มเพื่อน ไม่อยากไปโรงเรียน มีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้านสังคม ทำให้เพื่อนไม่ยอมรับและปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก (เนตรฤทัย ภูนาถลม, 2550; Pookboonmee, 1998)

ด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองต้องหยุดงาน และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก และค่าอาหารเพื่อพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล รวมทั้งการใช้เวลารอรับการตรวจจากแพทย์ รอรับเลือดและ/ หรือยาเป็นเวลานาน (อำพร กอริ, 2544)

นอกจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม กิจกรรมประจำวัน และการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น โรคเรื้อรังแล้ว ยังส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นสิ่งที่รบกวนชีวิต เหมือนอยู่ใกล้ชิดกับความตาย เป็นความไม่แน่นอนในชีวิต และไม่สามารถกำจัดการหมดไปได้ (Pookboonmee, 1998) รู้สึกสูญเสียหรือขาดโอกาสในสังคม ไม่ได้รับความเป็นธรรม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546; Blum, 2002) นั่นคือ มีการแยกตัวออกจากสังคม (Kyngus & Rissanen, 2001; Yeo & Sewyer, 2005) การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สารเสพติด สุรา บุหรี่ การใช้ความรุนแรง และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (จุฑา ภูไพบูลย์, 2550; Bartlett, Holditch-Davis, & Belyer, 2007) ในขณะเดียวกันวัยรุ่นอีกกลุ่มหนึ่งก็ยอมรับได้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต จึงมีการปรับพฤติกรรมเพื่อการเผชิญกับความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย โดยการดูแลตนเองในระยะสงบของโรคด้วยวิธีการปรับพฤติกรรม ปรับกิจวัตรประจำวัน ป้องกันการกำเริบของโรค ดูแลตนเองในระยะกำเริบของโรคโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิม ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ แสวงหาความรู้ใหม่จากแหล่งต่าง ๆ และมีการจัดการเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่อง (สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์, 2545)

สำหรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มวัยรุ่นโรคเรื้อรัง อาจหมายถึงการดูแลไปจนถึงวัยรุ่นผู้ใหญ่ ซึ่งระบบการรักษาผู้ป่วยเด็กในประเทศไทยส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อผู้ป่วยมีอายุ 15 ปี ซึ่งมีแนวคิดและแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในชีวิตครั้งนี้ จึงส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นโรคเรื้อรังหลายประการ (Fleming, et al., 2002) Turkel และ Pao (2007) กล่าวว่า การเปลี่ยนระบบการรักษาของวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นช่วงเวลาแห่งความเปราะบาง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเป็นตัวของตัวเองและมีความเป็นอิสระสูง เมื่อเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตสังคมของวัยรุ่น เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล อาจมีผลต่อการดูแลตนเองและการพยากรณ์โรคที่เลวลง ดังนั้น การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนผ่าน รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ด้วย

การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

การเปลี่ยนผ่าน หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงหรือการผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งในชีวิต อาจเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ภายนอกตัวบุคคล หรือทั้งสองปัจจัยพร้อมกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาและการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สถานการณ์ใหม่ในชีวิต จนกระทั่งสามารถปรับตัวและคงสถานะหรือบทบาทใหม่ได้ดี (Kralik, Visentin, & Loon, 2006; Melies, 2007)

การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะแผนการรักษา อันเนื่องมาจากพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของวัยรุ่นมีการพัฒนามากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ทั้งด้านการรักษาพยาบาล จิตสังคม การศึกษาและอาชีพ จากภาวะที่ต้องพึ่งพาทั้งบุคคลในครอบครัว ทีมสุขภาพและสังคม ไปสู่ความรับผิดชอบและการดูแลตนเองมากขึ้น (Blum, 2002; Brown, Small, & Palmer, 2008)

การรักษาแบบเด็กกับการรักษาแบบผู้ใหญ่มีความแตกต่างกันทั้งแนวคิด ปรัชญา และแนวปฏิบัติ โดยการรักษาแบบเด็กยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงระยะพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กเป็นหลัก มีการติดต่อประสานงานระหว่างเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน ซึ่งต้องการการชี้แนะในการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด อำนาจในการตัดสินใจ ความรับผิดชอบในภาวะสุขภาพและการดูแลเป็นของผู้ปกครอง มีความผูกพันแนบแน่นระหว่างเด็ก ครอบครัว และทีมสุขภาพเนื่องจากรู้จักสนิทสนมคุ้นเคยกันมานานจนนำไปสู่ความไว้วางใจ ส่วนการรักษาแบบผู้ใหญ่จะเน้นที่ภาวะสุขภาพ และตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยสามารถยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาได้ด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบในภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น ในขณะที่การติดต่อสื่อสาร การประสานงานในสังคมมีน้อย และความสนิทสนมระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีน้อยลง (Reider-Demer, Zeilinski, Carvajal, Anulao, & Roeyen, 2008; Robertson, McDonagh, Southwood, & Shaw 2006; Woldorf, 2007)

การเปลี่ยนผ่าน ถือเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญทางการพยาบาลและภาวะสุขภาพของบุคคล เมลิสและคณะ (Chick & Melies, 1986; Melies, 2007; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000; Schumacher & Melies, 1994) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีการพยาบาลได้ทำการวิเคราะห์มโนทัศน์และได้พัฒนาต่อมาจนเป็นทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transitions Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle Range Theory) ที่ยังมีความเป็นนามธรรมสูง และไม่สามารถบอกถึงแนวปฏิบัติในการพยาบาลได้อย่างชัดเจน จึงจำเป็นต้องนำทฤษฎีลงสู่สถานการณ์เฉพาะ (Situation-specific theory) เพื่อให้เป็นทฤษฎีระดับปฏิบัติ ซึ่งมโนทัศน์หลักในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่

1. ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of Transitions) ประกอบด้วย

ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type) ได้แก่ 1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental Transition) 2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational Transition) 3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ (Health/ Illness Transition) และ 4) การเปลี่ยนผ่านตามองค์กร (Organizational Transition)

แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน (Patterns) ต้องพิจารณาว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านเพียงชนิดเดียวหรือหลาย ๆ ชนิดที่เกิดขึ้นพร้อมกัน มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้า การตอบสนอง และผลลัพธ์ของกระบวนการที่ชัดเจนหรือไม่ และหนทางในการเปลี่ยนผ่านถูกขัดขวางหรือมีความยุ่งยากซับซ้อนเพียงใด

ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (Properties) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างมีทิศทาง และมีความสัมพันธ์ โดยขึ้นอยู่กับความตระหนักรู้ (Awareness) การกระทำ (Engagement) หรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (Change and Difference) ที่ต้องเผชิญกับความคาดหวังและความเป็นจริงซึ่งอาจแตกต่างกัน ซึ่งต้องอาศัยช่วงเวลา (Transition Time Span) ที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และปรับตัวกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น รวมถึงความสำคัญ of เหตุการณ์ (Critical Points and Events) ในชีวิตของแต่ละบุคคล

2. ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Conditions: Facilitators & Inhibitors) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย เงื่อนไขของบุคคล (Personal Conditions) ไม่ว่าจะเป็นการให้ความหมาย (Meanings) วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติ (Cultural beliefs & attitude) เศรษฐฐานะทางสังคม (Socioeconomic status) การเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation & knowledge) เงื่อนไขของชุมชน (Community Conditions) เป็นแหล่งสนับสนุนของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจและเงื่อนไขของสังคม (Society Conditions)

3. แบบแผนการตอบสนองของการเปลี่ยนผ่าน (Patterns of Response) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process Indicators) ได้แก่ ความรู้สึกผูกพันกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น (Feeling Connected) การมีปฏิสัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าน (Interacting) และความคงที่ (Locating and Being Situated) การพัฒนาความมั่นใจและการเผชิญกับการเปลี่ยนผ่าน (Developing Confidence and Coping) และตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (Outcome Indicators) ได้แก่ มีความชำนาญ (Mastery) มีทักษะ และประสบการณ์ที่จะจัดการกับการเปลี่ยนผ่านได้ มีการสร้างและดำรงเอกลักษณ์ใหม่ของตนเอง (Fluid Integrative Identities)

4. การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutics) ซึ่งพยาบาลจะต้องศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังครั้งนี้ หากวิเคราะห์ตามมโนทัศน์หลักในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านพบว่า ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยได้อย่างครบถ้วน จะมีเพียงแต่ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านเท่านั้นที่สามารถอธิบายได้ นั่นคือ เป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational Transition) จากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ที่เกิดควบคู่กับการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental Transition) จากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ แบบแผนของการเปลี่ยนผ่านครั้งนี้มีความยุ่งยากซับซ้อน ส่งผลให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังต้องมีการปรับตัวอย่างมากในการดำรงบทบาทใหม่และต้องอาศัยช่วงเวลาระยะหนึ่งในการปรับตัว แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่พบในปรากฏการณ์ทางการแพทย์ของการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ จะไม่สามารถอธิบายด้วยปัจจัยที่ปรากฏในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านได้อย่างครบถ้วน และไม่สามารถประเมินแบบแผนการตอบสนองของการเปลี่ยนผ่านได้อย่างชัดเจน รวมไปถึงการบำบัดทางการแพทย์ซึ่งอยู่ในขั้นตอนของการประเมินปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ดังนั้นปัจจัยที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในการศึกษานี้ จึงได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมากกว่าจะนำมาจากมโนทัศน์ในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจะประสบความสำเร็จได้นั้น ความพร้อมของวัยรุ่นเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด (Betz, 2004a; Lewis-Gary, 2001; Robertson, 2006) โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านตัววัยรุ่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (Betz, 2004b; McPherson, Thaneil, & Minniti, 2009; Newland, 2008; While, et al., 2004) ซึ่งจะได้นำกล่าวต่อไป

หลักการดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน

การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง มีเป้าหมายเพื่อให้การส่งต่อวัยรุ่นโรคเรื้อรังไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่เป็นไปอย่างมีคุณภาพ ไม่เกิดขว่างผู้ป่วยทั้งด้านอายุ พัฒนาการ จิตความสามารถ และมีการตอบสนองที่ดี (Blum, 2002) โดยมีดัชนีบ่งชี้ความสำเร็จคือ วัยรุ่นปรับตัวในสถานการณ์ใหม่ได้ดี สามารถดูแลตนเองและรับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Jones & Hamnilton, 2008) Betz (2004b) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 43 เรื่อง พบว่า การเปลี่ยนผ่านที่ประสบผลสำเร็จขึ้นอยู่กับความ

พร้อมของวัยรุ่นและครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ รวมทั้งการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพเด็กและทีมสุขภาพผู้ใหญ่ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ช่วงเวลาที่เหมาะสมของการเปลี่ยนผ่านไม่ควรยึดอายุเป็นเกณฑ์เพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาองค์ประกอบอย่างอื่นด้วย เช่น วุฒิภาวะ ระยะพัฒนาการ ความพร้อมของวัยรุ่น โรคเรื้อรังและครอบครัว (Bryant & Walsh, 2009; Reiss, Gibson, & Walker, 2005) หลักสำคัญของการดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านมีดังนี้ (Lotstein, McPherson, Strickland, & Newacheck, 2005; Macdonald, Sagerman, Boyd & Sanabria, 2008)

1. กระบวนการเปลี่ยนผ่านควรเริ่มต้นให้เร็วที่สุด คือในวัยรุ่นตอนต้น โดยการประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างสหสาขาวิชาชีพทั้งทีมสุขภาพเด็กและทีมสุขภาพผู้ใหญ่ (Blum, et al., 1993; Conway, 1998; Langton Hower & Tyrrell, 2008)

2. ทีมสุขภาพเด็กมีการบอกกล่าวให้วัยรุ่นและครอบครัวได้ทราบล่วงหน้า และบอกถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัวมีการเตรียมความพร้อม ลดความวิตกกังวลและผลกระทบของการเปลี่ยนผ่าน (Soanes & Timmons, 2004; Viner, 2008) จากการศึกษาในอเมริกามีเพียงร้อยละ 50 ที่ทีมสุขภาพได้บอกกับวัยรุ่นและครอบครัวถึงการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น (Kennedy, Sloman, Douglass, & Sawyer, 2007)

3. ทีมสุขภาพเด็กควรได้มีการประเมินปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เพื่อความมั่นใจว่าวัยรุ่นทุกคนสามารถเปลี่ยนผ่านได้โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง โดยประเด็นสำคัญที่ต้องประเมินได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง และแหล่งสนับสนุนทางสังคม การศึกษาหรือการประกอบอาชีพ การรับประทานยาและอาหารที่เหมาะสมกับโรค การพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม การมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ เพศศึกษา และการวางแผนการใช้บริการทางสุขภาพ (Betz, 2003; Robertson, et al., 2006)

4. ทีมสุขภาพเด็กควรจะประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยเน้นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการของโรค ความรับผิดชอบในภาวะสุขภาพของตนเอง เพศศึกษาและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ได้แก่ การตัดสินใจ การติดต่อสื่อสาร การดูแลตนเอง การมาตรวจด้วยตนเอง และการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งสามารถระบุถึงตัวแพทย์หรือทีมสุขภาพของตนเอง (Betz, et al., 2003; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005)

5. วัยรุ่นโรคเรื้อรังควรได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ (David, 2001; Viner, 2008) จากทีมสุขภาพที่นำหลักการเสริมสร้างสมรรถนะการเสริมสร้างพลังใจ

ตลอดจนนวัตกรรมและแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมาใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัว รวมทั้งการจัดการแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Blomquist, 2006; Callaghan, 2005)

6. ทีมสุขภาพเด็กควรเตรียมและบันทึกการดูแลรักษา ยาที่ใช้ ข้อเด่น และข้อจำกัดของวัยรุ่นโรคเรื้อรังแต่ละรายอย่างสมบูรณ์ เพื่อส่งต่อให้แก่ทีมสุขภาพผู้ใหญ่ในการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Hait, et al., 2006)

7. ทีมสุขภาพตรวจสอบข้อมูลระบบประกันสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยพิจารณาความครอบคลุมในทุกมิติของการเจ็บป่วย เนื่องจากการขาดหลักประกันสุขภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังขาดการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (LoCasale-Crouch & Johnson, 2005)

8. ทีมสุขภาพเด็กและผู้ใหญ่ควรประสานความร่วมมือในการดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยการวางแผน จัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและช่วงอายุ (Hait, et al., 2006)

การรักษาแบบผู้ใหญ่เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรังหลายประการ เช่น ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ มีการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ การแสดงออกที่เหมาะสม รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและสามารถดำเนินชีวิตอย่างเต็มศักยภาพ (Anthony, Kaufman, Drabble, Seifert-Hansen, Dipchand, & Martin, 2009; Sawyer, Blair & Bowes, 1997) ในทางตรงกันข้าม การเปลี่ยนผ่านที่ไม่สมบูรณ์ คือ ไม่ได้เกิดจากความสมัครใจและไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม จะทำให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดความคับข้องใจ ปรับตัวไม่ได้ (Kennedy & Sawyer, 2008) ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพหลายประการ เช่น การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองช้าลง อาการของโรครุนแรงขึ้น ขาดความต่อเนื่องของการรักษา (Annunziato, Emre, Shneider, Barton, Dugan, & Shemesh, 2007) อัตราป่วยและอัตราตายสูงขึ้น เกิดการฆ่าตัวตายรวมถึงการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ บางครั้งทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม เช่น การแยกตัวจากสังคม ความซึมเศร้า และการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Calahan, et al., 2001)

อุปสรรคของการเปลี่ยนผ่าน

American Academy of Pediatrics (AAP) ได้จัดการประชุมและได้กำหนดให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และกำหนดเป้าหมายความสำเร็จภายในปี พ.ศ. 2553 (Blum, 2002) สำหรับประเทศไทยจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ (The 10th Asian Congress of Pediatrics) ที่ประเทศไต้หวันในระหว่างวันที่ 25-26 มีนาคม พ.ศ. 2543 ได้มีการกำหนดให้กุมารแพทย์ผู้มีหน้าที่ดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นผู้ติดต่อประสานงานในการส่งต่อวัยรุ่นไปยังอายุรแพทย์หรือแพทย์ที่จะดูแลวัยรุ่นผู้ใหญ่ต่อไป (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2547) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่า การดูแลวัยรุ่นในระยะเปลี่ยนผ่านยังมีอุปสรรคหลายประการ เช่น อุปสรรคจากตัววัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัว ทีมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ

(Shaw, Southwood, & McDonagh, 2004; Scal, Evans, Blozis, Okinow, & Blum, 1999; Woldorf, 2007) โดยมีรายละเอียดดังนี้

วัยรุ่น จากเดิมที่มีภาวะพึ่งพาและจะได้รับการปกป้องทั้งจากครอบครัวและทีมสุขภาพเด็กซึ่งมีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมานาน เกิดความไม่มั่นใจในทีมสุขภาพผู้ใหญ่ซึ่งต้องใช้เวลาในการทำความรู้จักและสร้างความสนิทสนมคุ้นเคย โดยการรักษาแบบผู้ใหญ่เน้นให้วัยรุ่นดูแลตนเอง ซึ่งวัยรุ่นประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม (Sawyer, et al., 1997) เกิดความรู้สึกถูกผลักไส (Patterson & Lanier, 1999) ทำให้วัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีพอ เกิดความรู้สึกต่อต้านต่อการเปลี่ยนผ่าน ขาดความรู้ ทักษะและความรับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง (Betz, 2007) ขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพในการให้บริการที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการดูแลสุขภาพ (Shaw, Southwood, & McDonagh, 2006)

ครอบครัว ผู้ปกครอง ให้การปกป้อง ยึดติดกับอารมณ์และภาวะพึ่งพาของวัยรุ่นมากเกินไป ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดูแลวัยรุ่น (Jones & Hamilton, 2008) ขาดความไว้วางใจในทีมสุขภาพผู้ใหญ่โดยวิตกกังวลว่าวัยรุ่นจะได้รับการดูแลไม่ดีพอ (Anthony, et al., 2009; Freyer & Brugieres, 2008)

ทีมสุขภาพ ไม่ได้เตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านให้กับวัยรุ่นล่วงหน้า (Kennedy & Sawyer, 2008) โดยเฉพาะทีมสุขภาพเด็ก ที่จะให้การปกป้องเด็กมากเกินไป เนื่องจากมีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมานาน (Binks, Barden, Burke, & Young, 2007) ขาดความรู้ ทักษะและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดความตระหนัก และการวางแผนการดูแลวัยรุ่นในระยะเปลี่ยนผ่าน (Lewis- Gary, 2001) ขณะเดียวกัน ทีมสุขภาพผู้ใหญ่ยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลวัยรุ่นในระยะเปลี่ยนผ่าน ไม่มีความเข้าใจ ไม่มีความผูกพันกับเด็กและครอบครัว (Boyle, Farukhi, & Nosky, 2001) มีผู้ป่วยในความดูแลจำนวนมาก มีผลทำให้ดูแลได้ไม่ทั่วถึง (Jones & Hamilton, 2008)

ระบบบริการสุขภาพ ขาดการประสานงานกันระหว่างทีมสุขภาพเด็กและทีมสุขภาพผู้ใหญ่ (Hauser & Dorn, 1999; Shaw, et al., 2006) ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมก่อนการเปลี่ยนผ่านและขาดการดูแลหลังการเปลี่ยนผ่าน รวมถึงระบบบริหารจัดการที่ไม่ครอบคลุมทุกมิติของการเจ็บป่วย (Sawyer, et al, 1997)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความพร้อมของวัยรุ่นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญสู่ความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เนื่องจากการรักษาแบบผู้ใหญ่จะเน้นให้วัยรุ่นดูแลและจัดการกับภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง ดังนั้น ความพร้อมของวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่สามารถบ่งชี้ได้ถึงความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านในครั้งนี้

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน หมายถึง การที่วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ รวมถึงการมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีจุดเน้นให้วัยรุ่นมีความรับผิดชอบ และสามารถดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง (Brown, et al., 2008; Cappelli, et al., 1989)

การเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจึงเป็นหลักสำคัญของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน จากการศึกษาในอเมริกาพบว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังเพียงร้อยละ 29 ที่ได้รับการเตรียมความพร้อม (Kennedy & Sawyer, 2008) ทำให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านเกิดความล่าช้า สัมผัส ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตสังคม และการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำลง มีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่เลวลง (Brumfield & Lansbury, 2004) การเตรียมความพร้อมจึงควรเริ่มต้นให้เร็วที่สุดตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนต้น (Langton Hewer & Tyrrell, 2008) เพื่อให้วัยรุ่นเกิดความตระหนัก และมีทักษะที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งควรเกิดขึ้นด้วยความสมัครใจของวัยรุ่น ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยคำนึงถึงระยะพัฒนาการ ช่วงเวลา อายุที่เหมาะสม ความพร้อมด้านร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่น (Por, Goldberg, Lennox, Burr, Barrow, & Dennard, 2004)

ดังนั้น ก่อนการเปลี่ยนผ่านจึงต้องมีการประเมินสมรรถนะในการดูแลตนเองของวัยรุ่น เช่น ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ภาวะจิตสังคม รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของวัยรุ่น (Freyer & Brugieres, 2008) ซึ่งระดับความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (Cappelli, et al., 1989) และประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง สำหรับในต่างประเทศได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Cappelli และคณะ (1989) ได้มีการพัฒนาแบบสอบถามการเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง (Cystic Fibrosis Transition to Adult Care Questionnaire) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ทีมสุขภาพเด็กและทีมสุขภาพผู้ใหญ่โรคปอดเรื้อรังจำนวน 35 ราย จากข้อคำถาม 24 ข้อ โดยใช้ประเมินความรู้ 15 ข้อ และใช้ประเมินพฤติกรรม 9 ข้อ ได้แก่ ทักษะความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการกับอาการของโรค ความสามารถในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตัวเอง เช่น การตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือเมื่อมีความผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้น จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปใช้กับวัยรุ่นโรคปอดเรื้อรังจำนวน 36 ราย เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเปรียบเทียบความพร้อมก่อนการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบ

เด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคปอดเรื้อรัง ระหว่างการยืดอายุเป็นเกณฑ์ในการเปลี่ยนผ่านกับการใช้แบบสอบถามการเปลี่ยนผ่าน พบว่า การประเมินความพร้อมโดยใช้แบบสอบถามสามารถประเมินถึงความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคปอดเรื้อรังได้ถึงร้อยละ 77.7 ในขณะที่การยืดอายุที่เปลี่ยนผ่านเป็นเกณฑ์ สามารถประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ร้อยละ 44.4 แต่ไม่มีการรายงานค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังกล่าว

Haurser และ Dorn (1999) ได้ศึกษาความต้องการของวัยรุ่นโรคโลหิตจาง (sickle cell disease) ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่โดยใช้การสนทนากลุ่มพบว่าทั้งตัววัยรุ่น 22 ราย ผู้ปกครอง 22 ราย และพยาบาลเวชปฏิบัติ 8 ราย มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า วัยรุ่นโรคโลหิตจางต้องการความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคมมากขึ้น รวมไปถึงสัญญาณเตือนของการติดเชื้อ การจัดการกับความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนและภาวะเสี่ยงของโรค การได้รับปฐมนิเทศก่อนไปคลินิกผู้ใหญ่ การได้พบแพทย์ และการไปเยี่ยมชมคลินิกและผู้ป่วยอื่น ๆ ในคลินิก รวมทั้งแนวปฏิบัติที่สามารถพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง การตรวจตามนัด และการใช้ยาที่ถูกต้อง

Betz และคณะ (2003) มีการพัฒนาแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (California Healthy and Ready to Work Transition Assessment Tool) จำนวน 72 ข้อ ทดลองใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุ 14-21 ปี จำนวน 25 ราย ประเมินการเปลี่ยนผ่าน 14 ด้าน คือ 1) ความรู้เรื่องโรค 2) ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ 3) การจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติ 4) การจัดสิ่งแวดล้อมและมีอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ 5) การประเมินและจัดการกับอาการผิดปกติ 6) การดูแลในระยะยาว 7) การเจรจาต่อรองกับทีมสุขภาพ 8) แหล่งบริการทางด้านสุขภาพ 9) เพศศึกษา 10) การวางแผนครอบครัว 11) การเก็บรักษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา 12) หลักประกันทางสุขภาพ 13) การคุ้มครองทางกฎหมาย และ 14) การคมนาคมที่มีความปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินการเปลี่ยนผ่านนี้มีความตรงและความเที่ยง ($\alpha > .6$) สามารถนำไปใช้ในการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ดี

Newland (2008) ศึกษาความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นอายุ 14-21 ปี ซึ่งมีภาวะโลหิตจาง (sickle cell disease) จำนวน 74 ราย โดยใช้แบบประเมินความรู้ (The Transition Knowledge Questionnaire) จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพื่อประเมินความรู้ 7 ด้าน คือ 1) พยาธิสรีรวิทยาของโรค 2) การติดต่อทางพันธุกรรม 3) การจัดการกับอาการของโรค 4) แผนการรักษา 5) การดูแลตนเอง 6) ภาวะจิตสังคมและ 7) ระบบบริการสุขภาพ แบบประเมินมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .71 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ของวัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางอยู่ระหว่าง 9-25 คะแนน ($M = 18.58, SD = 3.55$)

Weiner และคณะ (2008) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวีอายุ 10-18 ปี จำนวน 39 ราย และอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 12 ราย โดยใช้แบบสอบถามความพร้อม จำนวน 21 ข้อ ถามถึงความพร้อม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลจากทีมสุขภาพ 2) การมีหลักประกันทางสุขภาพ 3) การเดินทางเพื่อไปรับการรักษา 4) การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 5) ความรู้เรื่องโรครวมถึงหลักในการใช้ยา และ 6) การได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากสังคม ด้วยการสัมภาษณ์ โดยให้ 2 คะแนน หากวัยรุ่นสามารถตอบคำถามได้ครบถ้วน และให้ 1 คะแนน หากวัยรุ่นตอบคำถามได้เพียงบางส่วน ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวีมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่แบบประเมินชุดนี้ไม่ได้มีการรายงานเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

McPherson และคณะ (2009) ศึกษาความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นอายุ 14-21 ปีที่มีภาวะโลหิตจาง (sickle cell disease) จำนวน 69 ราย โดยการใช้แบบประเมินความพร้อม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่าน 2) การให้ความสำคัญในการเปลี่ยนผ่าน 3) ความสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่าน 4) การคาดการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่าน และ 5) การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นมีความพร้อมในระดับต่ำ ($M = .88$, 95% CI, 0.66 - 1.09) แต่แบบประเมินชุดนี้ไม่ได้รายงานจำนวนข้อและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะอื่น ๆ เช่น Scal (2002) ได้เสนอให้ใช้แบบประเมิน 14 ข้อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลรักษา พฤติกรรมสุขภาพ และทักษะทางสังคม สำหรับใช้ประเมินความพร้อมของวัยรุ่นโรคเรื้อรังสู่การเปลี่ยนผ่าน Robertson และคณะ (2006) ได้เสนอแนะว่าทักษะที่จำเป็น 5 ด้าน สำหรับวัยรุ่นโรคข้ออักเสบที่แสดงถึงความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ 1) การตัดสินใจ 2) การสื่อสาร 3) การดูแลตนเอง 4) การมาตรวจด้วยตัวเอง และ 5) การขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งสามารถใช้ประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาที่ผ่านมาแสดงว่า การประเมินความพร้อมก่อนการเปลี่ยนผ่านนั้น สามารถประเมินได้ถึงความรู้ พฤติกรรม และสมรรถนะของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง อันเป็นหลักสำคัญของการรักษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งพบเครื่องมือที่ใช้ 2 ประเภทคือ การใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินตนเอง และการสัมภาษณ์โดยรับฟังคำบอกเล่าหรือการตอบคำถามของวัยรุ่น ซึ่งแบบประเมินของต่างประเทศยังไม่สามารถนำมาปรับใช้กับวัยรุ่นไทยเนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีให้วัยรุ่นประเมินตนเองผ่านแบบประเมินความพร้อมที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อการประเมินความพร้อมของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง 4 ด้าน คือ

1. ความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน ความพร้อมในด้านจิตใจ การรับรู้ถึงความแตกต่างของการรักษาแบบเด็กกับการรักษาแบบผู้ใหญ่
 2. ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา รู้จักชื่อโรค แผนการรักษา ยาที่ใช้ หัตถการ วิธีการรักษา และประวัติการรักษาของตนเอง
 3. สมรรถนะในการสังเกต และจัดการกับอาการของโรค เน้นทักษะการตัดสินใจ การประเมินอาการผิดปกติ การจัดการกับอาการผิดปกติ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
 4. สมรรถนะการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การมีหลักประกันทางสุขภาพ การเก็บใบนัดและการมาตรวจตามนัด
- ดังนั้น บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ คือการประเมินความพร้อมของวัยรุ่นก่อนการเปลี่ยนผ่าน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อม และวางแผนให้การช่วยเหลือวัยรุ่นโรคเรื้อรังเพื่อให้เข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่านอย่างมีประสิทธิภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง การศึกษาในครั้งนี้ จึงอ้างอิงการศึกษาของต่างประเทศเพื่อศึกษาทำความเข้าใจและใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

While และคณะ (2004) สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยจำนวน 126 เรื่อง พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ลักษณะด้านประชากร ภาวะจิตสังคม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อน การสนับสนุนทางสังคม นโยบายหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของทีมสุขภาพเด็กและทีมสุขภาพผู้ใหญ่

Betz (2004b) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 43 เรื่อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลสำเร็จต่อการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ช่วงอายุที่เหมาะสมคือ 16-25 ปี เนื่องจากผู้ป่วยมีวุฒิภาวะ ภาวะจิตสังคม ความรุนแรงของโรค ภาวะสุขภาพก่อนการเปลี่ยนผ่าน การศึกษา อาชีพ ความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ ความพร้อมของวัยรุ่น ความพร้อมของครอบครัว การสนับสนุนทาง

สังคม และแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง รวมถึงการประสานความร่วมมืออย่างเป็นระบบของทีมสุขภาพเด็กกับทีมสุขภาพผู้ใหญ่

Newland (2008) ศึกษาความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง (sickle cell disease) อายุ 14-17 ปี จำนวน 74 ราย โดยศึกษาปัจจัยอายุ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องโรค และความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องโรค และความสัมพันธ์ในครอบครัว สามารถร่วมทำนายความพร้อมจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางได้ร้อยละ 25 ($p < .01$)

McPherson และคณะ (2009) ศึกษาความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นอายุ 14-21 ปีที่มีภาวะโลหิตจาง (sickle cell disease) จำนวน 69 ราย โดยศึกษาปัจจัยอายุ เพศ ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในกลุ่มอายุ 17-21 ปี มีความพร้อมมากกว่าวัยรุ่นในกลุ่มอายุ 14-16 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.046$) โดยเพศชายจะมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านมากกว่าเพศหญิงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และวัยรุ่นที่มีความรุนแรงของโรคที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล 0-2 ครั้งต่อปี จะมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านมากกว่าวัยรุ่นที่มีความรุนแรงของโรคที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งต่อปี แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ วัยรุ่นมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 0.88 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน (95% CI, 0.66-1.09)

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรังพบใน 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านตัววัยรุ่น ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ ภาวะจิตสังคม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน และทักษะความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อน ความพร้อมของครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม 3) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบายหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านทั้งในทีมสุขภาพเด็กและทีมสุขภาพผู้ใหญ่ และการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ปัจจัยดังกล่าวได้จากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งบางปัจจัยไม่เหมาะกับการศึกษาในบริบทสังคมไทย อีกทั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน เพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านสำหรับวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาคัดเลือกศึกษาในบางปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านวัยรุ่น เลือกศึกษาภาวะจิตสังคม เนื่องจากวัยรุ่นโรคเรื้อรังประมาณร้อยละ 20 มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551) โดยศึกษาปัจจัยการรับรู้คุณค่าในตนเองและความวิตกกังวล ซึ่งพบว่าเป็น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน (Berntsson, et al., 2007; Hauser & Dorn, 1999; Weiner, et al., 2008) และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวและเรียนรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพ อันจะนำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี (งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545; สุดใจ สมิตธิการ, 2541; McDonagh, 2005; While, et al., 2004)

ส่วนปัจจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษา ได้แก่ 1) เพศ แม้จะพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวและมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านดีกว่าเพศหญิงแต่ยังไม่มีข้อมูลที่เพียงพอ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบเพียงการศึกษาเดียว (McPherson, et al., 2009) 2) อายุ เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านระบบบริการสุขภาพเด็กในประเทศไทยส่วนใหญ่จะยึดที่อายุ 15 ปีเป็นเกณฑ์ และยังไม่มีความปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมที่ชัดเจนและครบถ้วนเทียบเท่าในต่างประเทศ จึงมีช่วงอายุในการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 16-25 ปี (Betz, 2004b) 3) รายได้และอาชีพ พบว่าวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่อาศัยและพึ่งพาด้านค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครอง ซึ่งแตกต่างจากในต่างประเทศที่พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่จะแยกไปอยู่นอกบ้านและประกอบอาชีพเลี้ยงดูตัวเอง 4) การศึกษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กำหนดกลุ่มประชากรที่อายุ 14-20 ปี เป็นช่วงวัยที่ผู้ป่วยยังอยู่ในระบบการศึกษา ซึ่งคาดว่าจะระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน 5) ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ไม่นำมาศึกษา ถึงแม้จะพบว่ามีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Betz, 2004b; While, et al., 2004) แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเพียงโรคเดียว มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน (McPherson, et al., 2009; Newland, 2008; Weiner, et al., 2008) แต่การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องและศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ถึงแม้จะนำเกณฑ์มาตรฐาน (staging of disease) มาเป็นเกณฑ์ในการแบ่งความรุนแรงของโรค แต่พบว่า แต่ละระดับของแต่ละโรคจะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน จึงอาจเป็นอคติของการศึกษา อีกทั้งการศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของวัยรุ่นโรคเรื้อรังขณะมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคไม่เป็นอุปสรรคต่อกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิต ดังนั้น ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยจึงไม่น่าจะแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เลือกศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากหลายแหล่ง เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ส่วนปัจจัยสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่นำมาเป็นปัจจัยของการศึกษา เนื่องจากบริบทในสังคมไทยสมาชิกในครอบครัวจะมีความสนิทสนมรักใคร่กลมเกลียวกัน โดยเฉพาะหากสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ย่อมจะได้รับความรัก เอื้ออาทร ดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกครอบครัวมากกว่าบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรง (วิภารัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ, 2544; อารีย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543) ปัจจัยสัมพันธ์ภายใน

กลุ่มเพื่อน ไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากไม่พบความสัมพันธ์จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนปัจจัยความดันพร้อมของครอบครัว แม้จะพบว่ามีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง แต่ไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากไม่มีเครื่องมือวัดที่สามารถปรับใช้ได้เหมาะสมกับครอบครัวในสังคมไทย

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (Betz, 2004b; While, et al., 2004) สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมที่เป็นรูปแบบชัดเจน ถึงแม้ว่าในต่างประเทศจะมีรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านให้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรัง แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคไม่ว่าจะเป็นนโยบาย แนวปฏิบัติ ความรู้และทักษะของบุคลากรทีมสุขภาพ (Bryant & Walsh, 2009; Freyer & Brugieres, 2008) ดังนั้น ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพจึงยังไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในครั้งนี้จึงศึกษาใน 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เลือกศึกษาระยะเวลาที่เจ็บป่วย และปัจจัยด้านจิตสังคม เลือกศึกษาการรับรู้คุณค่าในตนเอง และความวิตกกังวล และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเลือกศึกษาการสนับสนุนทางสังคม โดยแต่ละตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายได้ในระยะเวลาอันสั้น หรือการเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดพยาธิสภาพหรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งอาจยาวนานตลอดชีวิตของผู้ป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงมีผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน นั่นคือ วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน จะมีการปรับตัว เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายขึ้น (McDonagh, 2005; While, et al., 2004) การศึกษาของงามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยสามารถทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเมะเร็งเม็ดเลือดซึ่งได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 3.7 ($p < .05$) และการศึกษาของสุคใจ สมิตีการ (2541) ยังพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ($r = .13, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเวลานานจะเกิดการเรียนรู้และปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ก็น่าจะมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของวิภารัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) และอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) กลับพบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้

จึงเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังหรือไม่ เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ต้องใช้เวลาในการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ในชีวิต และเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น นำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะพบความขัดแย้งกันระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรังก็ตาม

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเองกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

การรับรู้คุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สำคัญในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการแสดงพฤติกรรมอย่างถูกต้องเหมาะสม Rosenberg (1965) และ Coopersmith (1984) ได้กล่าวว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองเป็นทัศนคติที่มีต่อตนเองของบุคคล การยอมรับนับถือตนเอง คิดว่าตนเองมีค่า มีความสำคัญ และมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในคุณค่าและความสามารถของตนเอง

ดังนั้น หากกล่าวถึงการรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จะหมายถึงความรู้สึกหรือทัศนคติของวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีต่อตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และการรับรู้ว่าคุณค่าความสามารถ

การรับรู้คุณค่าในตนเองนอกจากเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันและการแสดงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพแล้ว ยังเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิตที่แสดงถึงคุณภาพชีวิต ซึ่ง Maslow (1970) นักจิตวิทยาพัฒนาการได้ให้แนวคิดไว้ว่ามนุษย์เป็นหน่วยเฉพาะพื้นฐานทางชีวิตสังคม มีพัฒนาการ มีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองให้ก้าวหน้าโดยผ่านขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาการพร้อม ๆ กัน เมื่อได้รับการยอมรับนับถือจากตนเองและผู้อื่นว่าตนเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความพึงพอใจในความเข้มแข็ง ความสำเร็จ ความพอเพียง ความสามารถและความพึงพอใจในชื่อเสียง สถานภาพ ความมีศักดิ์ศรี และความชื่นชมยินดี

วัยรุ่นที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงจะมีจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ และสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มที่ มีจิตใจที่เปิดกว้างในการรับรู้ และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง อีกทั้งยังสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551) ซึ่งความเชื่อมั่นในตนเอง และเห็นว่าตนเองมีความเข้มแข็ง มีคุณค่า มีความสามารถ มีความเชี่ยวชาญในการ

กระทำการกิจต่าง ๆ ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังแต่ละรายย่อมมีความแตกต่างกัน วัยรุ่นโรคเรื้อรังรายใดที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง ย่อมเป็นคุณสมบัติพื้นฐานที่เพียงพอสำหรับการพัฒนาตนเองให้ก้าวสูงขึ้นต่อไป นั่นคือ การบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดแห่งตน (ปรีชา ชรรมา, 2547) ในที่นี้คือสามารถเปลี่ยนผ่านไปได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ นอกจากจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาตนเองแล้ว ยังก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของแรงจูงใจ และมีแนวโน้มที่จะล้มเหลวในการทำสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนผ่านในครั้งนี้ด้วยเช่นกัน

การศึกษาที่ผ่านมาของวิการ์ตัน แสงสุวรรณ และคณะ (2544) ที่ศึกษาการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรังตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย พบว่า วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการปรับตัวในด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดี ($M = 3.14$, $SD = 4.61$) มีปณิธานหรือความคาดหวังในตนเอง (self-ideal or self-expectation) สามารถดำรงบทบาทในสังคม ดำรงบทบาทการเป็นนักเรียน และเรียนหนังสือต่อไปจนจบและมีความหวังที่จะประกอบอาชีพได้ตามปกติในอนาคต มีความมั่นคงในตนเอง (self-consistency) แม้จะมีความกลัวว่าอาการของโรคจะกลับเป็นซ้ำหรือกำเริบขึ้นมาอีก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) โดยได้รับการยอมรับจากครอบครัวถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคงด้านจิตใจทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีพฤติกรรมเร่ร่อนหรือถือตัวเองเป็นศูนย์กลาง แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง

เนตรฤทัย ภูนาทอม (2550) ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง พบว่า วัยรุ่นที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่เหมือนเดิม และเสียใจที่ตนแตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์และความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ และสูญเสียความหวังในชีวิต แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

Berntsson และคณะ (2007) พบว่า วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงจะมีความมั่นใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ เนื่องจากรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและยกย่องจากผู้อื่น เกิดประสบการณ์และปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในสังคมและสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น การรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับนับถือ ความเชื่อมั่น การรับรู้คุณค่าและความสามารถแห่งตน อันเป็นคุณสมบัติพื้นฐานด้านจิตใจที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและการพัฒนาตนเองเพื่อให้บรรลุถึงศักยภาพสูงสุด นั่นคือ การมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่และสามารถปรับตัวสู่สถานการณ์ใหม่ได้ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจในสิ่งที่คลุมเครือ ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกคุกคาม อยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัย หรือเกิดจากความรู้สึกนึกคิด การคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมีอันตราย (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983)

ประเภทของความวิตกกังวล (Spielberger, et al., 1983)

1. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวหรือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล (Trait anxiety) ความวิตกกังวลประเภทนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นลักษณะนิสัยที่ได้รับความเครียดจากสถานการณ์ที่คุกคาม และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ๆ รุนแรงขึ้น เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกิดเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะนิสัยประจำตัว และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ และเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
2. ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) หรือขณะที่บุคคลมีการเผชิญอยู่ในขณะนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด ไม่พอใจ โดยอาจแสดงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาของเหตุการณ์อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีต และระดับความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น

ความวิตกกังวลทั้งสองประเภทมีความสัมพันธ์กัน นั่นคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลในลักษณะประจำตัวสูง (Trait anxiety) เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือมีสิ่งคุกคาม ความวิตกกังวลในลักษณะประจำตัวก็จะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) รุนแรงและยาวนาน บุคคลที่เกิดความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และแต่ละครั้งมีความรุนแรงมากขึ้น อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวในระดับที่สูงขึ้นได้

ระดับของความวิตกกังวล มีผลต่อการเรียนรู้ การมีสติ และความนึกคิด ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนั้น แม้จะเกิดขึ้นจากสาเหตุเดียวกัน แต่ความรุนแรงอาจแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรอบยอมรับและการปรับตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งความวิตกกังวลสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2549)

ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) พบได้ในบุคคลทั่วไป ซึ่งมีผลให้บุคคลมีการตื่นตัว การรับรู้ และการเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้น กระตุ้นให้เกิดการทำงานและความคิดสร้างสรรค์

ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) มีผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่แคบลง สนใจเฉพาะปัญหาที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ แต่ยังคงมีความพยายามที่จะควบคุมและแก้ปัญหา

ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) มีผลให้บุคคลมีการรับรู้ที่แคบลง ไม่มีสมาธิ มีความตึงเครียด และหมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป ทำให้เกิดความคิดสับสนฟุ้งซ่าน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้และไม่สามารถดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จได้

ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) ทำให้บุคคลมีความกลัวรุนแรง และรับรู้เหตุการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมตัวเองและดำเนินชีวิตเช่นคนปกติได้

สำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรังถือเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต และมีผลทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นโรคเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดความเครียด ทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค การจัดการกับความเจ็บป่วย ภาวะจิตสังคมและการศึกษา (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551) เมื่อเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่าน จะพบว่าวัยรุ่นมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงขึ้น เนื่องจากต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ทีมสุขภาพ และแผนการรักษาแบบใหม่ รวมถึงต้องรับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป (David, 2001; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005)

Haurser และ Dorn (1999) ศึกษาถึงความตระหนักของวัยรุ่นโรคโลหิตจาง (sickle cell disease) ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ โดยใช้การสนทนากลุ่มพบว่าวัยรุ่น 22 ราย มีการรับรู้และตระหนักถึงความแตกต่างของการรักษาแบบเด็กกับการรักษาแบบผู้ใหญ่ ที่จะต้องพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิมที่ได้รับจากผู้ปกครองและทีมสุขภาพ และวิตกกังวลกับแผนการรักษา สิ่งแวดล้อม และทีมสุขภาพผู้ใหญ่ที่ไม่รู้จัก ผู้ปกครอง 22 ราย รู้สึกวิตกกังวลว่าวัยรุ่นไม่สามารถดูแลตนเองได้ บริการที่วัยรุ่นจะได้รับจะเปลี่ยนไป และสูญเสียบทบาทในการดูแล ในขณะที่พยาบาลเวชปฏิบัติ 8 รายมีความเห็นว่าอุปสรรคของการเปลี่ยนผ่านคือ วัยรุ่นมีภาวะพึ่งพาผู้ปกครองและทีมสุขภาพมากเกินไปจนกีดขวางการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง

Weiner และคณะ (2008) ศึกษาถึงผลของการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่มีต่อระดับความวิตกกังวลของวัยรุ่น และผู้ปกครองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1983) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวี ($r = -.35, p < .05$) โดยมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง ($t = 2.5, p < .05$) และมีคะแนนความพร้อมเพิ่มขึ้น ($t = 7.5, p < .001$)

ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จากเดิมซึ่งอยู่ในระยะพัฒนาการที่มีภาวะพึ่งพา และได้รับการปกป้องดูแลจากครอบครัวและทีมสุขภาพเด็กที่มีความสนิทสนมคุ้นเคย

กันมานาน ซึ่งบางครั้งอาจเป็นการกีดขวางการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (Kaufman, 2006) เมื่อรับรู้ถึงการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ซึ่งเป็นทีมสุขภาพ แผนการรักษา และสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ตนเองไม่รู้จักรู้จัก ไม่คุ้นเคย ย่อมส่งผลให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง หากวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านครั้งนี้ไม่ดีพอ ความวิตกกังวลก็จะยังมีความรุนแรงมากขึ้นและจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพตามมา

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งความสมดุลของภาวะสุขภาพ การได้รับการตอบสนองความต้องการที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการปรับตัวที่ดี และนำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ที่ดีเช่นเดียวกัน มีผู้ศึกษาและให้ความหมายรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งได้รับการยอมรับในพฤติกรรม การรับรู้ได้ถึงการแสดงออก และการแสดงความรู้สึกระหว่างกัน ประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) คือ การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) คือ การได้รับซึ่งคำยกย่องชมเชย และยอมรับในความสามารถหรือความสำเร็จ และ 3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (society support or network) คือการได้รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

House และ Kahn (1985) กล่าวว่าไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือระหว่างบุคคลในสังคมทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) คือ การได้รับความรัก ความห่วงใย และการยอมรับนับถือ 2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) คือการให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น คำชมเชยหรือคำแนะนำ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือการได้รับซึ่งข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอแนะต่าง ๆ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) คือ การได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ และการบริการ

Schaffer (2004) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการช่วยเหลือกันของบุคคลในสังคมรวมถึงการยอมรับในพฤติกรรมที่ถูกต้อง และชี้แนะในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย การสนับสนุนใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) คือการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และความเคารพนับถือ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support)

คือ การได้รับความรู้ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ 3) การสนับสนุนในด้านทรัพยากร (instrumental support) คือการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการบริการและ 4) การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) คือ การได้รับคำยืนยันและคำอธิบายเกี่ยวกับการกระทำของบุคคล

กล่าวโดยสรุปคือการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นองค์รวม เช่น การได้รับความรัก การยอมรับในตัวตน การได้รับข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและการบริการ เพื่อช่วยเหลือให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

จากความหมายและองค์ประกอบข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีควรประกอบด้วย การสนับสนุนด้านร่างกาย เช่น วัตถุ สิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร การดูแล และการบริการ และการสนับสนุนด้านจิตใจ เช่น ความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ และการยกย่องชมเชย นอกจากนี้ การพิจารณาถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้อย่างครบถ้วน ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพเป็นการส่วนตัว และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ในสังคม ได้แก่ เพื่อน ครู บุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้ง่ายและประสบผลสำเร็จ ซึ่งมีผู้ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มวัยรุ่นโรคเรื้อรังไว้ดังนี้

งามทิพย์ ชนบดีเจลิมรุ่ง (2545) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งใช้แนวคิดของ House และ Kahn (1985) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 40.5 ($p < .05$) ในขณะที่วิภารัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer และคณะ (1981) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 27.3 ($p < .001$) อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยใช้แนวคิดของ House และ Kahn (1985) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ($r = .44, p < .05$) ซึ่งจากการศึกษาทั้งหมดพบว่า แหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพและกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ การศึกษาของ Berntsson และคณะ (2007) ยังพบว่า การสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน สมาชิกครอบครัวและทีมสุขภาพเป็นปัจจัยส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมและเกิดความผาสุกในระยะเปลี่ยนผ่านเช่นกัน

จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า การที่วัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการปรับตัวที่ดี และนำไปสู่

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรม ที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ในชีวิต คือการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งจะกระตุ้นให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการปรับตัวขณะที่ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลต่าง ๆ ในสังคม เช่น บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพ และกลุ่มเพื่อน

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่าเมื่อวัยรุ่นโรคเรื้อรังเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม วัยรุ่นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการปรับตัวอย่างมากเพื่อการดำรงบทบาทใหม่ในชีวิต ความพร้อมของวัยรุ่นทั้งในด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการของโรคที่เน้นทักษะการตัดสินใจ การประเมิน และการจัดการกับอาการผิดปกติ รวมถึงความรับผิดชอบในภาวะสุขภาพของตนเอง จึงเป็นทักษะที่ จำเป็นและสำคัญของความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยมีปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็น ปัจจัยภายในตัววัยรุ่นโรคเรื้อรังเอง ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากธรรมชาติของ มนุษย์ต้องใช้เวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวได้ และพัฒนา ความชำนาญในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น นำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ขณะเดียวกัน ความ พร้อมอาจเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น การรับรู้คุณค่าในตัวเองของวัยรุ่นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นความรู้สึกที่มีต่อ ตนเอง เช่น ความภาคภูมิใจ การเป็นที่ยอมรับ ความเชื่อมั่น และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่ง เป็นพื้นฐานจิตใจที่สำคัญของวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่มุ่งความสำเร็จ นั่นคือ มีความ พร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน หรือความวิตกกังวลของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เมื่อรับรู้ถึงการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิด ขึ้นกับตนเอง ไม่ว่าจะเป็นทีมสุขภาพใหม่ สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ประกอบกับมีความ วิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีข้อจำกัดหลายประการ อาจส่งผลต่อความพร้อมสู่ การเปลี่ยนผ่านที่ไม่ดี รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมคือ การสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านร่างกายและ จิตใจจากบุคคลรอบข้าง เช่น บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพ และเพื่อน ซึ่งเป็นแหล่ง ประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่ความพร้อม สู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดน่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การ เปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถนำมาใช้ เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรค เรื้อรังให้เป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ (correlational research) แบบตัดขวาง (cross-sectional study) ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

วัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุ 14-20 ปี ซึ่งยังรักษาอยู่ในคลินิกเด็ก ขณะมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคใต้ตอนบน 7 แห่ง ซึ่งแบ่งตามสภาพภูมิศาสตร์ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่สามารถอ่านเขียน สื่อสาร เข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติร่วม เช่น พัฒนาการช้า บกพร่องทางสติปัญญา และ/หรือมีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยยึดหลักอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Moderate Effect Size, $r=.30$) อำนาจการทดสอบ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบมีไม่ทิศทาง (2-tailed test) (Munro, 2005: 242) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย แต่เพื่อเพิ่มอำนาจในการวิเคราะห์ การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย โดยวิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ 2 ครั้ง (Burn & Grove, 2005) ดังนี้

ครั้งที่ 1 สุ่มโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคใต้ตอนบน 7 แห่ง ได้โรงพยาบาลซึ่งเป็นตัวแทนประชากร 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีประชากร 35 ราย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีประชากร 87 ราย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีประชากร 64 ราย และโรงพยาบาลวิระภูเก็ตมีประชากร 51 ราย (สถิติรายงานเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552)

ครั้งที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 25 ราย รวมทั้งหมด 100 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ตอนบน 4 แห่ง ซึ่งแต่ละวันมีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาใช้บริการประมาณ 3-5 ราย โดยให้บริการคลินิกเฉพาะโรคในวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

วันจันทร์	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคต่อมไทรอยด์
วันอังคาร	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคหัวใจ
วันพุธ	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคธาลัสซีเมีย
วันพฤหัสบดี	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคติดเชื้อเอชไอวี
วันศุกร์	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วันจันทร์	เวลา 08.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคติดเชื้อและระบบทางเดินหายใจ
วันอังคาร	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคธาลัสซีเมียและโรคหัวใจ
วันพุธ	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคมะเร็ง
วันพฤหัสบดี	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคไตและโรคต่อมไทรอยด์
วันศุกร์	เวลา 13.00-16.00 น.	ไม่มีคลินิกเฉพาะโรค

โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช

วันจันทร์	เวลา 08.00-12.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคต่อมไทรอยด์และระบบทางเดินหายใจ
วันอังคาร		ไม่มีคลินิกเฉพาะโรค
วันพุธ	เวลา 08.00-12.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคติดเชื้อ
วันพฤหัสบดี	เวลา 08.00-12.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคธาลัสซีเมียและโรคมะเร็ง
วันศุกร์	เวลา 08.00-12.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคหัวใจและคลินิกเฉพาะโรคไต

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วันจันทร์		ไม่มีคลินิกเฉพาะโรค
วันอังคาร	เวลา 08.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคติดเชื้อและระบบประสาท
วันพุธ	เวลา 08.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะระบบทางเดินหายใจและตรวจโรคทั่วไป
วันพฤหัสบดี	เวลา 08.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคธาลัสซีเมีย
	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะโรคหัวใจ
วันศุกร์	เวลา 08.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะระบบประสาท
วันเสาร์ที่ 4 ของเดือน	เวลา 13.00-16.00 น.	คลินิกเฉพาะกลุ่มอาการโรคไต

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ก)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน/ปี) บุคคลที่พามาตรวจตามนัดและสิทธิการรักษา

2. แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของ Kromvongkon (2002) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนที่ฟ่องศรี ศรีมรกต (2536) แปล และดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนของ Rosenberg (1965) โดยแบบประเมินที่ดัดแปลงขึ้นใหม่นี้มีการเปลี่ยนกลับ และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา มีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นที่สูญเสียแขนขาจำนวน 24 ราย ได้เท่ากับ .92 นอกจากนี้ยังพบว่าได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยเนื่องออกสมองหลังผ่าตัด (Intarasomchai,

2004) ผู้ป่วยไฟไหม้ในระยะฟื้นฟูสภาพ (Boonphadh, 2005) แบบประเมินมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบน้อย
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบน้อยที่สุด
ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก	ได้แก่	ข้อ 1, 2, 4, 6 และ 7
ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ	ได้แก่	ข้อ 3, 5, 8, 9 และ 10

โดยมีเกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ทำการปรับคะแนนให้อยู่ในช่วงเดียวกันกับแบบสอบถามโดยหารด้วย 10 แปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวมดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-1.50	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับต่ำมาก
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.51-2.50	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51-3.50	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.51-4.00	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับสูง

3. แบบประเมินความวิตกกังวลโดยทั่วไป ของบุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ (2544) ซึ่งแปล เรียบเรียง และดัดแปลงมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ (1977) ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงโดยใช้กับมารดาผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย ได้เท่ากับ .92 แบบประเมินชุดนี้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย รวมถึงมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายกลุ่มประชากร เช่น ญาติผู้ป่วยขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด (วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2544) มารดาของผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ

(Rattanasiri, 2005) และบิดามารดาทารกแรกเกิด (อัมพร ถุงแก้วรุ่งเรือง, 2551) แบบประเมินจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

รู้สึกเกือบตลอดเวลาหมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
รู้สึกบ่อย ๆ	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
รู้สึกเป็นบางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบน้อย
เกือบไม่รู้สึกเลย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบน้อยที่สุด
ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก	ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 6, 7, 10, 13, 14, 16 และ 19
ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ	ได้แก่ ข้อ 2, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18 และ 20

โดยมีเกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
รู้สึกเกือบตลอดเวลา	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
รู้สึกบ่อย ๆ	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
รู้สึกเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
เกือบไม่รู้สึกเลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ทำการปรับคะแนนให้อยู่ในช่วงเดียวกันกับแบบสอบถาม โดยหารด้วย 20 แปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวมดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	1.00-1.50	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	1.51-2.50	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	2.51-3.50	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	3.51-4.00	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของวิการ์ตัน แสงสุวรรณ และคณะ (2544)

พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer และคณะ (1981) ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงโดยใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 30 ราย ได้เท่ากับ .84 โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

ด้านอารมณ์	ได้แก่ คำถามข้อ 1-4
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	ได้แก่ คำถามข้อ 5-8

ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ คำถามข้อ 9-12

ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ คำถามข้อ 13-16

ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน ได้แก่ คำถามข้อ 17-20

แบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกเกี่ยวกับการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว โดยข้อคำถามมี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ได้รับการสนับสนุนจากใครบ้าง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวญาติ เพื่อนแพทย์พยาบาล และอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

การแปลผล ใช้ร้อยละ เพื่อแสดงแหล่งสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ตอนที่ 2 ได้รับการสนับสนุนมากน้อยเพียงใด กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้เพียง 1 คำตอบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของผู้ตอบน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของผู้ตอบน้อยที่สุด

เกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนนมีดังนี้คือ

เป็นจริงมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน
เป็นจริงส่วนมาก	ให้ 3 คะแนน
เป็นจริงเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ทำการปรับคะแนนให้อยู่ในช่วงเดียวกันกับแบบสอบถาม โดยหารด้วย 20 แปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวมดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-1.50 หมายถึง วัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.51-2.50 หมายถึง วัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมพอใช้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51-3.50 หมายถึง วัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.51-4.00 หมายถึง วัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีมาก

5. แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม (Betz, et al., 2003; Cappelli, et al., 1989; Newland, 2008; Weiner, et al., 2008) โดยแบ่งการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

ด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน	ได้แก่	คำถามข้อ 1-7
ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา	ได้แก่	คำถามข้อ 8-13
ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค	ได้แก่	คำถามข้อ 14-19
ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง	ได้แก่	คำถามข้อ 20-25
แบบประเมินมีจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้		
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของผู้ตอบเป็นส่วนมาก
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของผู้ตอบน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของผู้ตอบน้อยที่สุด

ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, และ 24

ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 1, 6, 7, 16, 18, และ 25

เกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนนมีดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน ทำการปรับคะแนนให้อยู่ในช่วงเดียวกันกับแบบสอบถาม โดยหารด้วย 25 แปลผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวมดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	1.00-1.50	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านไม่ดี
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	1.51-2.50	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	2.51-3.50	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านดี
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	3.51-4.00	หมายถึง	วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นเครื่องมือใหม่ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมเอกสาร นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ข) ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการรักษาและการพยาบาลเด็ก เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสำนวนภาษา ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Polit & Beck, 2008) ภายหลังการนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 20 ราย ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ .79, .79, .82, และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C (สายพยาบาลศาสตร์) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยทางคลินิกโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลมหาราช

นครศรีธรรมราช (ภาคผนวก ก) การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจหรือต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัย สามารถขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอโดยรวม และไม่มีเปิดเผยชื่อและนามสกุล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 4 แห่ง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าห้องตรวจผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรมของแต่ละ โรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดที่ห้องตรวจผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 4 แห่ง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และทำการสุ่มโรงพยาบาลละ 25 ราย

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่ม โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

- 4.1 ขณะกลุ่มตัวอย่างกำลังรอพบแพทย์ ผู้วิจัยให้พยาบาลประจำห้องตรวจแนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

- 4.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในห้องที่จัดไว้ เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่จะพึงกระทำได้

4.3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ แบบประเมินความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจำนวน 25 ข้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการเรียงแบบสอบถามเหมือนกันตามลำดับ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมทั้งตอบข้อซักถามรวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

4.4 หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบประเมินและแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของคำตอบ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองที่เข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งมอบของที่ระลึกเป็นสมุดบันทึกรายละ 1 เล่ม เป็นการตอบแทนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

5. นำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ตามหลักการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามหลักการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

2. วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย นำเสนอผลการศึกษาที่ได้ในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกนำเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 นำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรที่ศึกษา ส่วนที่ 3 นำเสนอผลการทดสอบสมมติฐานโดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 54 อายุอยู่ในช่วง 14.00-19.60 ปี ($M = 15.15$, $SD = 1.32$) เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมียมากที่สุดร้อยละ 28 รองลงมาคือโรคหัวใจแต่กำเนิดร้อยละ 11 และโรคลมชักร้อยละ 10 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-18 ปี ($M = 8.48$, $SD = 5.45$) บุคคลที่พามาตรวจตามนัดเป็นบิดามารดาร้อยละ 84 สิทธิการรักษาโดยใช้บัตรสุขภาพร้อยละ 96 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย และค่าเฉลี่ยของคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	ค่าเฉลี่ย
เพศ				
หญิง	54	54		
ชาย	46	46		
รวม	100	100		
อายุ (ปี)				
14-15	67	67	14.00-19.60	15.15
มากกว่า 15	33	33		
รวม	100	100		
การวินิจฉัยโรค				
โรคธาลัสซีเมีย	28	28		
โรคหัวใจแต่กำเนิด	11	11		
โรคลมชัก	10	1		
โรคภูมิแพ้	9	9		
โรคต่อมไทรอยด์	8	8		
โรคเอส แอล อี	7	7		
โรคมะเร็ง	7	7		
โรคหัวใจรูห์มาติก	6	6		
โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก	6	6		
โรคเบาหวาน	4	4		
โรคติดเชื้อเอชไอวี	4	4		
รวม	100	100		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)				
1- 5	42	42	1-18	8.48
6 -10	13	13		
11-15	39	39		
มากกว่า 15	6	6		
รวม	100	100		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	ค่าเฉลี่ย
บุคคลที่พามาตรวจตามนัด				
บิดา-มารดา	84	84		
ญาติ	8	8		
มาเอง	8	8		
รวม	100	100		
สิทธิการรักษา				
บัตรสุขภาพ	96	96		
เบิกจ่ายตรง	4	4		
รวม	100	100		

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-18 ปี ($M = 8.48$, $SD = 5.45$) เมื่อปรับฐานคะแนนเฉลี่ยโดยให้สอดคล้องกับช่วงคะแนนในแบบสอบถาม ซึ่งมีคะแนนเต็มเท่ากับ 4 คะแนน (คะแนนจริงแสดงในตารางที่ 6 ภาคผนวก ง) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองเท่ากับ 2.78 ($SD = .29$) ความวิตกกังวลเท่ากับ 2.32 ($SD = .32$) การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 3.26 ($SD = .36$) และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 2.90 ($SD = .34$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของการสนับสนุนทางสังคม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์เท่ากับ 3.38 ($SD = .44$) ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 3.31 ($SD = .49$) ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงานเท่ากับ 3.29 ($SD = .48$) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าเท่ากับ 3.17 ($SD = .52$) และด้านการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ 3.14 ($SD = .48$) คะแนนเฉลี่ยรายด้านของความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน พบว่า ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรคเท่ากับ 2.98 ($SD = .44$) ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเองเท่ากับ 2.95 ($SD = .47$) ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาเท่ากับ 2.89 ($SD = .48$) และด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 2.78 ($SD = .41$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนของระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน	M	SD	การแปลผล
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	1.00-18.00	8.48	5.45	-
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	2.00-3.60	2.78	.29	ดี
ความวิตกกังวล	1.55-3.05	2.32	.32	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	2.40-4.00	3.26	.36	ดี
ด้านอารมณ์	2.25-4.00	3.38	.44	ดี
ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.00-4.00	3.31	.49	ดี
ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	1.75-4.00	3.29	.48	ดี
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	1.75-4.00	3.17	.52	ดี
ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	2.00-4.00	3.14	.48	ดี
ความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่าน	2.12-3.68	2.90	.34	ดี
ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค	1.66-4.00	2.98	.44	ดี
ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง	1.16-4.00	2.95	.47	ดี
ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา	1.66-4.00	2.89	.48	ดี
ด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน	1.71-3.85	2.78	.41	ดี

เมื่อพิจารณาร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามช่วงคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปรที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84 มีการรับรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในช่วง 2.51-3.50 ร้อยละ 71 มีความวิตกกังวลในช่วง 1.51-2.50 ร้อยละ 84 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 2.51-3.50 และร้อยละ 81 มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านอยู่ในช่วง 2.51-3.50 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนนเฉลี่ย				รวม (%)
	1.00-1.50	1.51-2.50	2.51-3.50	3.51-4.00	
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	-	15	84	1	100
ความวิตกกังวล	-	71	29	-	100
การสนับสนุนทางสังคม	-	6	84	10	100
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	-	12	81	7	100

เมื่อพิจารณาถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม พบว่า ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนหลักในทุกด้าน และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า แหล่งสนับสนุนหลักด้านอารมณ์คือ สมาชิกในครอบครัว รองลงมาคือกลุ่มเพื่อน ด้านข้อมูลข่าวสารคือ แพทย์ พยาบาล และสมาชิกในครอบครัว ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าคือสมาชิกในครอบครัว ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมคือ เพื่อนและครอบครัว รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน (n = 100)*

การสนับสนุนทางสังคม	แหล่งสนับสนุนทางสังคม					
	สมาชิกในครอบครัว	ญาติ	เพื่อน	แพทย์	พยาบาล	อื่นๆ**
ด้านอารมณ์	77.50	25.00	46.00	18.25	16.75	2.00
ด้านข้อมูลข่าวสาร	46.75	16.00	13.50	58.75	50.50	3.25
ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	62.00	17.25	8.25	17.50	14.50	3.50
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	63.50	21.00	51.00	17.00	14.00	3.00
ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	54.25	18.00	58.00	9.75	6.50	5.25

* กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

** อื่นๆ ได้แก่ ครู มูลนิธิโรคหัวใจในเด็ก

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสหสัมพันธ์เพียร์สัน ได้แก่ การกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Sminov test พบว่า ทุกตัวแปรมีการกระจายเป็น โค้งปกติกเว้นระยะเวลาที่เจ็บป่วย ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) โดยการทำ Scatter plot ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน พบว่า ตัวแปรแต่ละคู่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (ภาคผนวก จ)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .03, p > .05$) การรับรู้คุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38, p < .01$ และ $r = .39, p < .01$) ตามลำดับ โดยพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงของความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ร้อยละ 14.44 และร้อยละ 15.21 ตามลำดับ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$) โดยพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงของความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ร้อยละ 6.25 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (r^2)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	.03	.09
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	.38**	14.44
ความวิตกกังวล	-.25*	6.25
การสนับสนุนทางสังคม	.39**	15.21
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.42**	17.64
ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.33**	10.89
ด้านสิ่งของ เงินทองและแรงงาน	.28**	7.84
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	.24*	5.76
ด้านอารมณ์	.22*	4.84

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

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบนจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายในแต่ละประเด็นได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ยที่ 8.48 ปี ($SD = 5.45$) ซึ่งพบว่ามีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นแต่กำเนิดและเกิดขึ้นภายหลัง จึงพบช่วงเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่ 1-18 ปี และเมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยดังกล่าวน้อยกว่าการศึกษาของวิภารัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 10.29 ปี Pookboonmee (1999) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยโดยเฉลี่ย 10.64 ปี ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าแหล่งเก็บข้อมูลของทั้งสองการศึกษาอยู่ในกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยที่มีความพร้อมในด้านบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์มากกว่า ส่งผลให้การตรวจวินิจฉัยและการรักษาเริ่มต้นได้เร็วกว่า กลุ่มตัวอย่างจึงมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยมากกว่า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84 มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับดี ($M = 2.78$, $SD = .29$) และเมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งได้ประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำกว่าการศึกษาของ Narit (2007) ที่พบการรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในระดับดี ($M = 3.22$, $SD = .33$) และ Kromvongkon (2002) ที่พบการรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่สูญเสียแขนขาอยู่ในระดับดีเช่นกัน ($M = 2.93$, $SD = .47$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นแต่กำเนิด เช่น โรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจแต่กำเนิด ซึ่งมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนานเฉลี่ย 8.48 ปี

ร่วมกับลักษณะเฉพาะของโรคที่จำเป็นต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่างเพื่อให้สอดคล้องตามแนวทางการดูแลรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้ต้องถูกจำกัดกิจกรรม และมีการพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางจิตสังคมที่ร่าเริง มีความคิดเป็นของตัวเอง และให้ความสนใจกับภาพลักษณ์รวมถึงพัฒนาการทางเพศที่ชัดเจนขึ้น (บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, 2551) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความขัดแย้งในบทบาทและความต้องการของตนเองจนก่อให้เกิดการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรฤทัย ภูนาถม (2550) ที่พบว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรม จะนำมาซึ่งความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่เหมือนเดิม และรู้สึกแตกต่างจากผู้อื่น โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนที่มีสุขภาพแข็งแรง และอำพร กอริ (2544) ยังพบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนได้ มีรูปร่างเล็กกว่าเพื่อนและญาติพี่น้อง มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมียและท้องโต จะเกิดการสูญเสียภาพลักษณ์จนขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง และก่อให้เกิดการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71 มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ($M = 2.32, SD = .32$) โดยอธิบายได้ว่า จากการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งถือเป็นสิ่งคุกคาม ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค การจัดการกับความเจ็บป่วย ภาวะจิตสังคม และการศึกษา เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ง่ายและรุนแรงกว่าวัยรุ่นทั่วไป (วิจิตร ณ อยุธยา, 2547; Sawyer, Drew, Yeo, & Britto, 2007) อีกทั้งมีพัฒนาการด้านความคิดที่มากขึ้น สามารถเข้าใจความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น จึงอาจเริ่มวิตกกังวลในบางเรื่อง เช่น การมีคูครอง การถ่ายทอดโรคที่ตนเป็นผู้บุตร เป็นต้น (วิจิตร ณ อยุธยา, 2551) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นแต่กำเนิด เช่น โรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจแต่กำเนิด โรคติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนานเฉลี่ย 8.48 ปี การเจ็บป่วยเรื้อรังย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และภาวะจิตสังคมคือความวิตกกังวลในระดับปานกลางได้

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ($M = 3.26, SD = .36$) เมื่อพิจารณาแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดรองลงมาคือ เพื่อน แพทย์ และพยาบาลตามลำดับ (ตารางที่ 4) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของวิภาวดี แสงสุวรรณ และคณะ (2544) ที่พบว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ($M = 3.23, SD = 0.55$) และสมาชิกในครอบครัวคือแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดเช่นกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของการสนับสนุนทางสังคม พบว่า คะแนนเฉลี่ยในด้านอารมณ์เท่ากับ 3.38 ($SD = .44$) ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 3.31 ($SD = .49$) ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงานเท่ากับ 3.29 ($SD = .48$) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าเท่ากับ 3.17 ($SD = .52$) และในด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของ

สังคมเท่ากับ 3.14 ($SD = .48$) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์มีค่าสูงสุด สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรักความห่วงใย และกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง สามารถปรับตัวและระบายความคับข้องใจได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการตอบสนองด้านอารมณ์ในระดับสูงจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ อธิบายได้ว่า ทั้งวัยรุ่นโรคเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข (normalization) ด้วยการยอมรับผลกระทบของความเจ็บป่วยและประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน และร่วมกันวางแผนการรักษาและการดำเนินชีวิต เพื่อให้วิถีชีวิตของครอบครัวถูกกระทบน้อยที่สุด (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551; Berntsson, et al., 2007) โดยเฉพาะในสังคมไทยที่สมาชิกในครอบครัวมีความสนิทสนมและรักใคร่กลมเกลียวกัน และหากสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเรื้อรังก็ย่อมได้รับความรัก ความเอื้ออาทร และดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรง

นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างยังได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ แนวทางการแก้ไขปัญหา รวมถึงคำชมเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือในด้านการเงิน การดูแลให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคจากสมาชิกในครอบครัว และการพามาตรวจตามนัด ซึ่งพบว่าเป็นบิดามารดาถึงร้อยละ 84 ที่เป็นผู้พากลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอยู่ในระดับดี และกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนในการทำงานร่วมกัน ยอมรับในความคิดเห็นและการกระทำ ยกย่องเมื่อทำงานได้สำเร็จ รวมถึงเชื่อมั่นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตัวเองได้

ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีค่าต่ำที่สุด แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้ อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมรู้เห็น แสดงความคิดเห็น และร่วมตัดสินใจกับบุคคลรอบข้างได้ดี เมื่อพิจารณาแหล่งสนับสนุนทางสังคมพบว่า เพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่าพัฒนาการด้านจิตสังคมของวัยรุ่นที่ให้ความสำคัญและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน (peer group involvement) จึงต้องปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มเพื่อน ในขณะที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ที่อาจเป็นข้อจำกัดสำหรับกิจกรรมบางอย่างของวัยรุ่นโรคเรื้อรังกับกลุ่มเพื่อนที่มีสุขภาพแข็งแรง รวมทั้งพัฒนาการด้านจิตใจที่ต้องพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง (self-identity) (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551; Kaufman, 2006) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงความไม่เท่าเทียมกับกลุ่มเพื่อนที่มีสุขภาพแข็งแรง กลุ่มตัวอย่างของการศึกษารุ่นนี้ จึงได้รับการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมต่ำที่สุด เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาของ Kyngas (2004) ในฟินแลนด์พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก

ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งกลุ่มเพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญเช่นกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเล่าความรู้สึกและประสบการณ์ในชีวิตกับกลุ่มเพื่อนที่มีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความแตกต่างของสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของวัฒนธรรมไทยที่สถาบันครอบครัวมีการปลูกฝังนิสัยอ่อนน้อมถ่อมตน มีความเกรงใจ และมีกริยามารยาทที่เรียบร้อย โดยเฉพาะการเก็บความรู้สึกไว้ในใจและไม่เปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงกับผู้อื่น (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2552; โสภา ชปิลมันน์, 2552)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81 มีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในระดับดี ($M = 2.90, SD = .34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านสมรรถนะในการสังเกตและการจัดการกับอาการของโรคเท่ากับ 2.98 ($SD = .44$) ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเองเท่ากับ 2.95 ($SD = .47$) ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาเท่ากับ 2.89 ($SD = .48$) และด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 2.78 ($SD = .41$) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านสมรรถนะในการสังเกตและการจัดการกับอาการของโรคมีค่าสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในระดับดี นั่นคือ มีทักษะในการสังเกตอาการผิดปกติและการจัดการในเบื้องต้น การหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้น สามารถขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และแพทย์ พยาบาลเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพได้ รองลงมาคือด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนของการตรวจรักษา ไข้ยาได้อย่างถูกต้องตรงเวลา โดยไม่มีคนคอยเตือน ไม่เคยขาดการมาตรวจตามนัดในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เก็บใบนัด และเอกสารสำคัญด้วยตนเอง รวมถึงสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับแพทย์และพยาบาลได้ ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในโรคและความเจ็บป่วยของตนเอง บอกเล่าประวัติการรักษาและแผนการรักษาปัจจุบัน การตรวจวินิจฉัยที่ต้องทำเป็นประจำ รวมถึงการไข้ยาที่ถูกต้องในระดับดี ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า วัยรุ่นมีพัฒนาการทางด้านความคิดและความเข้าใจถึงต่าง ๆ ได้อย่างเป็นขั้นตอนและมีเหตุผล (formal operational manner) รวมทั้งสามารถเข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนได้มากขึ้น เช่น พยากรณ์โรค ปัจจัยจากตนเองและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการรักษา (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551; McDonagh, 2007) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนานเฉลี่ย 8.48 ปี และยังพบกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี อีกร้อยละ 33 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีวุฒิภาวะมากขึ้น จึงมีโอกาสได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจากบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นหลักสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น โรคเรื้อรังสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Betz, 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Viner (2008) ที่พบว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ โดยนำหลักการเสริมสร้างสมรรถนะ การเสริมสร้างพลังใจ

ตลอดจนการนำนวัตกรรม และแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ประสบผลสำเร็จ

ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านมีค่าต่ำที่สุด ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจจะยังไม่ทราบถึงเกณฑ์การเปลี่ยนผ่านที่ส่วนใหญ่ยึดที่อายุครบ 15 ปี รวมทั้งมีความแตกต่างของการรักษาแบบผู้ใหญ่ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการรับผิดชอบดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นแต่กำเนิด เช่น โรคธาลัสซีเมีย (ร้อยละ 28) โรคหัวใจแต่กำเนิด (ร้อยละ 11) ซึ่งกุมารแพทย์และพยาบาลเด็กได้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กมานาน ($M = 8.48$ ปี) จนเกิดความผูกพันและไว้วางใจ เมื่อถึงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างจึงไม่อยากจากทีมสุขภาพเด็กไป (Houser & Dorn, 1999; Binks, et al., 2007) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา Moons และคณะ (2009) ซึ่งศึกษาประสบการณ์และความคาดหวังโปรแกรมการเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคหัวใจแต่กำเนิด 14 รายโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าวัยรุ่นโรคหัวใจแต่กำเนิดมีความคิดเห็นว่าการเปลี่ยนผ่านสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่เป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ต้องออกจากการดูแลของครอบครัวไปสู่การดูแลตนเอง ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ โดยอาศัยคำแนะนำจากทีมสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงบทบาท แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้มีความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านในทางบวก และมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน

ผลการศึกษารั้ครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศซึ่งพบว่า เมื่อถึงเวลาของการเปลี่ยนระบบการรักษามักจะได้รับการปฏิเสธจากตัววัยรุ่น (Betz, 2007; Kennedy & Sawyer, 2008; Shaw, et al., 2004) ดังจะเห็นได้จากการที่ยังมีวัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุมากกว่า 15 ปี ถึงร้อยละ 33 ที่ยังไม่เปลี่ยนผ่านระบบการรักษา ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทีมสุขภาพเด็กไม่ได้บอกกล่าวให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนผ่าน เมื่ออายุครบ 15 ปี ซึ่งถึงเกณฑ์ที่ต้องเปลี่ยนระบบการรักษา จึงพบปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถส่งต่อกลุ่มตัวอย่างไปสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ได้ การศึกษาที่ผ่านมาจึงมีข้อเสนอแนะถึงแนวทางปฏิบัติว่าทีมสุขภาพเด็กควรมีการบอกกล่าวให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ทราบล่วงหน้าอย่างน้อยหนึ่งปี (Langton Hewer & Tyrrell, 2008; Moons, Hilderson, & Deyk, 2008) หรือเมื่อวัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุ 14 ปี (McDonogh, 2007; Shaw, et al., 2004) และบอกถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังได้มีการเตรียมความพร้อม ลดความวิตกกังวลและผลกระทบของการเปลี่ยนผ่าน (Baines, 2009; Parfitt, 2008) เช่น การศึกษาของ Dugueperoux และคณะ (2009) ที่มีการประเมินอาการทางคลินิก และภาวะจิตสังคมของวัยรุ่นโรคปอดเรื้อรัง (cystic fibrosis) หนึ่งปีก่อนการเปลี่ยนผ่าน ในระยะเปลี่ยนผ่าน และหนึ่งปีหลังการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ เพราะสามารถวางแผนการดูแลวัยรุ่นโรคปอดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านได้ประสบผลสำเร็จ

ผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อได้เทียบเคียงกับการศึกษาของ Newland (2008) ถึงความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง (sickle cell disease) จำนวน 74 ราย โดยการประเมินความรู้ พบว่ามีคะแนนความรู้ระหว่าง 9-25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน ($M=18.58$, $SD = 3.55$) McPherson และคณะ (2009) ได้ศึกษาความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง (sickle cell disease) จำนวน 69 ราย พบว่า วัยรุ่นมีความพร้อมในระดับต่ำ ($M = .88$ จากคะแนนเต็ม 4, 95% CI, 0.66 - 1.09) Clarizia และคณะ (2009) ศึกษาการรับรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ปกครองวัยรุ่นโรคหัวใจแต่กำเนิด 23 ราย พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 36 ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านและการดูแลสุขภาพในระดับดี โดยที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถพูดคุยปัญหาสุขภาพกับทีมสุขภาพได้ดี ส่วนกลุ่มที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านและการดูแลสุขภาพเพียงร้อยละ 7 สามารถพูดคุยปัญหาสุขภาพกับทีมสุขภาพได้ในระดับปานกลาง ในส่วนของผู้ที่พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ร้อยละ 95 เป็นผู้ปกครอง โดยร้อยละ 68 จะอยู่กับผู้ป่วยเด็กขณะรับการตรวจรักษา และร้อยละ 45 จะเป็นผู้ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง บุคลากรสุขภาพจึงต้องเตรียมความพร้อมก่อนการเปลี่ยนผ่านเพื่อให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Clarizia, et al., 2009; McPherson, et al., 2009; Newland, 2008) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในการสังเกตและการจัดการกับอาการของโรค และการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงมีความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาที่เพียงพอ แต่มีด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านต่ำที่สุดแม้จะอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าการดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านของแหล่งเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ยังไม่มีนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านระบบการรักษา ซึ่งพบวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่อายุมากกว่า 15 ปี ถึงร้อยละ 33 ที่ยังไม่เปลี่ยนผ่านระบบการรักษา ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าทีมสุขภาพเด็กไม่ได้เตรียมความพร้อมให้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรัง รวมถึงให้การปกป้องและไม่ต้องการให้วัยรุ่นไปรักษาต่อที่คลินิกผู้ใหญ่ ตัววัยรุ่นเองก็ยังยึดติดกับการรักษาแบบเด็กที่มีความยืดหยุ่นสูง ดังนั้น การดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านจึงยังคงเป็นปัญหาทั้งในส่วนของบุคลากรทีมสุขภาพ ครอบครัว และวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (Anthony, et al., 2009; Bryant & Walsh, 2009; Freyer & Brugieres, 2008)

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวร้อยละ 96 ใช้สิทธิการรักษาบัตรสุขภาพและร้อยละ 4 ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง แสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 ซึ่งกำหนดให้ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิในการเข้ารับบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ตามที่กำหนดใน

พระราชบัญญัติ ซึ่งผู้ปกครองของเด็กไทยทุกรายสามารถขอรับสิทธิได้เมื่อขึ้นทะเบียนเด็กเกิดใหม่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้จึงไม่น่าจะประสบปัญหาขาดแคลนหลักประกันสุขภาพในระหว่างการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การขาดหลักประกันทางสุขภาพจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญของความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Lotstein, et al., 2009; Por, et al., 2004)

การทดสอบสมมติฐาน

การทดสอบสหสัมพันธ์พหุคูณแบบเพียร์สันระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .03, p > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ถึงแม้ว่าธรรมชาติของมนุษย์จะต้องใช้เวลาในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อเวลาผ่านไปคาดว่าผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวและพัฒนาความชำนาญในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาของงามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ที่พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยทำนุการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 3.7 ($p < .05$) และสุทธิสมิทธิการ (2541) พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ($r = .13, p < .05$) ซึ่งนำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี (Sawyer, et al., 2007) แต่การศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสังเกตว่าปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน นอกจากระยะเวลาที่เจ็บป่วยแล้วก็คืออายุของเด็ก ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์เพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยแบ่งช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์แต่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว พบเพียงความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำระหว่างช่วงอายุที่มากกว่า 15 ปีของกลุ่มตัวอย่างกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .16, p < .01$) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอายุ 14-15 ปีไม่พบความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .06, p > .05$) (ตารางที่ 8 ภาคผนวก ง) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มเกิดโรค ซึ่งพบตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 15.11 ปี ($SD = 5.62$) กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านซึ่งไม่พบความสัมพันธ์เช่นกัน ($r = .16, p > .05$) (ตารางที่ 9 ภาคผนวก ง) ข้อมูลดังกล่าวยังเป็นการสนับสนุนว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่หลากหลายทั้งที่เจ็บป่วยแต่กำเนิดและที่เกิดขึ้นภายหลัง มีทั้งโรคที่

คุณภาพชีวิต เช่น โรคมะเร็ง และโรคที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย เช่น โรคหาลัสซิมีย และมีความแตกต่างในระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่ 1-18 ปี ($M = 8.48, SD = 5.45$) อีกทั้งแนวทางการดูแลวัยรุ่นในระยะเปลี่ยนผ่านของแหล่งเก็บข้อมูลแต่ละแห่งยังไม่มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นจึงอาจไม่สามารถสรุปได้ว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน แต่ก็เป็นที่เน้นย้ำให้บุคลากรทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านให้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

การรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38, p < .01$) นั่นคือ วัยรุ่นโรคเรื้อรังรายใดที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง จะมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี แสดงให้เห็นว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้วัยรุ่นมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้มีพฤติกรรมเหมาะสม (อุทัยวรรณ พัทธกษัตริย์, 2545) และเป็นแรงขับเคลื่อนบวกที่สามารถพัฒนาได้ตลอดชีวิต โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นที่สามารถพัฒนาได้อย่างลึกซึ้งและมั่นคง (Fields, 2004) อันจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังปรับตัวในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของการประสบความสำเร็จของชีวิตในทุกด้าน (สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bernsson และคณะ (2007) ที่พบว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงจะมีความมั่นใจ มีความพร้อมทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้ง่าย เนื่องจากรู้สึว่าตนเองได้รับการยอมรับ ยกย่องจากผู้อื่น และเกิดจากประสบการณ์และปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การพัฒนาหรือเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเองให้แก่วัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่โดยการเสริมความรู้สึทางด้านบวก จะส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้สึว่าตนเองมีค่า มีความสามารถในการทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ (สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551; Fields, 2004) ดังนั้น ผลการศึกษาจึงสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Weiner และคณะ (2008) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคจิตเชื้อเอชไอวี ($r = -.35, p < .05$) อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาและผลกระทบของการเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เนื่องจากพัฒนาการทางด้านการคิดที่มีความเข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถคิดเป็นขั้นตอน และคาดการณ์ล่วงหน้าได้ใกล้เคียงความเป็นจริง (วิจิตร ณ ญูสิทธิ, 2551; Kaufman, 2006) เมื่อมีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ ก็ย่อมที่จะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ทั้งนี้ ระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลในวัยรุ่นโรคเรื้อรังแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานด้านอารมณ์และความสามารถในการเผชิญปัญหา

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่แคบลง และสนใจแต่เฉพาะปัญหาที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ แต่ยังคงมีความพยายามที่จะควบคุมและแก้ไขปัญหานั้น จึงเป็นปัจจัยที่จะเพิ่มการปรับตัวและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่มุ่งสู่ความสำเร็จ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลแฝงเป็นเวลานานจนกลายเป็นบุคลิกภาพซึ่งแม้จะอยู่ในระดับปานกลาง ก็จะเป็นตัวเสริมก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ (State anxiety) นั่นคือการเปลี่ยนระบบการรักษา อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวในระดับที่สูงขึ้นได้ จากการศึกษาของ LoCasale-Crouch และ Johnson (2005) พบว่า เมื่อเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านวัยรุ่นจะมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงขึ้น เนื่องจากต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ที่สุขภาพและแผนการรักษาแบบใหม่ รวมถึงต้องรับผิดชอบในภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น ดังนั้น ทีมสุขภาพเด็กจึงต้องมีการประเมินความวิตกกังวลของวัยรุ่น โรคเรื้อรังก่อนการเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่หากพบว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังรายใดมีความวิตกกังวลในระดับสูง ดังเช่นการศึกษาของ Weiner และคณะ (2008) ที่มีการประเมินความวิตกกังวลและความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นและผู้ปกครองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 7 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความวิตกกังวลลดลง ($t = 2.5, p < .05$) และมีคะแนนความพร้อมเพิ่มขึ้น ($t = 7.5, p < .001$) ดังนั้น สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้จึงได้รับการสนับสนุน

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่าน ($r = .39, p < .01$) อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดการปรับตัวที่ดี และนำไปสู่ความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านที่ดีเช่นกัน เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ในชีวิต นั่นคือการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีการปรับตัว โดยการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ ในสังคม เช่น บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพ เพื่อน และบุคคลรอบข้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของงามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ที่พบการสนับสนุนทางสังคมทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 40.5 ($p < .05$) วิจารณ์น์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) พบการสนับสนุนทางสังคมทำนายการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 27.3 ($p < .001$) และอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ($r = .44, p < .05$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านของการสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน พบความสัมพันธ์ทางบวกในทุกด้านโดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ .42 ($p < .01$) ในด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ .33 ($p < .01$) ในด้านสิ่งของ เงินทองและแรงงานเท่ากับ .28 ($p < .01$) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าเท่ากับ .24 ($p < .05$) ด้านอารมณ์เท่ากับ .22 ($p < .05$) จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านสูงสุด อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และแนวทางแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรระวังจากโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งการได้รับคำชมเชยเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล โดยมีแพทย์ พยาบาล และสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา สมรรถนะในการสังเกตและการจัดการกับอาการของโรค สมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเองและความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี (Betz, 2004b; Escher, 2009; McPherson, et al., 2009; Newland, 2008; While, et al., 2004)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านต่ำที่สุด ($r = .22, p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า วัยรุ่นมักมีอารมณ์ที่ผันแปรง่าย มีความขัดแย้งระหว่างความเป็นอิสระที่ไม่ต้องการควบคุม (independence) ในขณะที่ยังต้องพึ่งพาบิดามารดา หรือผู้ปกครองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ใหม่ในชีวิต ในขณะเดียวกัน ยังต้องมีการพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง (self-identity) และต้องปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มเพื่อนในสังคม (วิจิตรณ นุญสิทธิ, 2551; Kaufman, 2006) วัยรุ่นโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ทั้งจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนหลักที่เพียงพออันจะนำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงาน การให้ข้อมูลแก่วัยรุ่นโรคเรื้อรัง ครอบครัว และกลุ่มเพื่อนเพื่อให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่วัยรุ่นโรคเรื้อรัง สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้จึงได้รับการสนับสนุนเช่นกัน

การศึกษารุ่นนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความพร้อม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเดิมสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยคำนึงถึงการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองซึ่งเป็นพื้นฐานด้านจิตใจที่นำไปสู่พฤติกรรมด้านบวก การลดความวิตกกังวลที่อาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพ เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จและเกิดผลกระทบน้อยที่สุด

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ (correlational research) แบบตัดขวาง (cross-sectional study) ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (Betz, 2004b; McPherson, et al., 2009; Newland, 2008; While, et al., 2004)

กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ที่มีอายุ 14-20 ปี และรักษาอยู่ในคลินิกเด็ก ขณะมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจแผนกกุมารเวชกรรม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สุ่มโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคใต้ตอนบน 7 แห่งและได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนประชากร 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลวิระภูเก็ต ครั้งที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 25 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน/ปี) บุคคลที่พามาตรวจตามนัดและสิทธิการรักษา
2. แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของ Kromvongkon (2002) ซึ่งมีการดัดแปลงแปลย้อนกลับ และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนของ Rosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ เมื่อนำมาใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .80
3. แบบประเมินความวิตกกังวลโดยทั่วไป (Trait anxiety) ของบุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ (2544) ซึ่งมีการแปล เรียบเรียง และดัดแปลงมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ (1977) และเมื่อนำมาใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .83

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของวิการ์ตัน แสงสุวรรณ และคณะ (2544) พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer และคณะ (1981) เมื่อนำมาใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .87

5. แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้วิจัยมีการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Betz, et al., 2003; Cappelli, et al., 1989; Newland, 2008; Weiner, et al., 2008) เมื่อนำมาใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ .87

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C (สายพยาบาลศาสตร์) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยทางคลินิกโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดที่ห้องตรวจผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 4 แห่ง โดยที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับขั้นตอนการปฏิบัติเหมือนกันคือ ขณะกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองนั่งในสถานที่ที่จัดไว้เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองได้อ่านเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ แบบประเมินความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจำนวน 25 ข้อ ตามลำดับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งมอบของที่ระลึก

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 54 อายุอยู่ในช่วง 14.00-19.60 ปี อายุเฉลี่ย 15.15 ปี ($SD = 1.32$) เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมียมากที่สุด ร้อยละ 28 รองลงมาคือโรคหัวใจแต่กำเนิดร้อยละ 11 และโรคลมชักร้อยละ 10 ซึ่งบุคคลที่พามาตรวจตามนัดเป็นบิдамารดาร้อยละ 84 และใช้สิทธิการรักษาผ่านบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 96

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 1- 18 ปี ($M = 8.48$, $SD = 5.45$) เมื่อทำการปรับฐานคะแนนเฉลี่ยให้สอดคล้องกับช่วงคะแนนในแบบสอบถามที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 4 คะแนน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองเท่ากับ 2.78 ($SD = .29$) ความวิตกกังวลเท่ากับ 2.32 ($SD = .32$) การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 3.26 ($SD = .36$) และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 2.90 ($SD = .34$) ตามลำดับ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .03$, $p > .05$) แต่การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38$, $p < .01$ และ $r = .39$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนความวิตกกังวลพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพได้รับรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมสู่ระบบการรักษาแบบผู้ป่วยใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ทีมสุขภาพควรตระหนักและเห็นความสำคัญของการประเมินความพร้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านระบบการรักษาของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง
2. กุมารแพทย์และพยาบาลเด็กเป็นบุคคลที่วัยรุ่นโรคเรื้อรังคุ้นเคย และไว้วางใจในการดูแลสุขภาพมาตั้งแต่เด็ก รวมถึงเป็นแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านระบบรักษาของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง
3. สมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนระบบการรักษาของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดา หรือบุคคลที่วัยรุ่นสนิทสนม ไว้วางใจ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมให้แก่วัยรุ่นโรคเรื้อรัง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังว่าจะได้รับความต่อเนื่องในการดูแลรักษา แม้จะมีการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ป่วยใหญ่
4. การศึกษาครั้งนี้พบว่าเพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ดังนั้น ควรมีการเสริมสร้างเครือข่าย หรือจัดกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันของกลุ่มวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (self help group) และ/หรือ

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (peer group support) ในกลุ่มวัยรุ่นโรคเรื้อรังกับวัยรุ่นปกติในสถานศึกษา หรือสังคมของวัยรุ่นเอง

5. การรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ประสบความสำเร็จ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจึงควรนำกลยุทธ์การเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเองมาใช้ เช่น ทักษะชีวิต การเสริมสร้างพลังใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น

6. ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยอุปสรรคของการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ดังนั้น การเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจึงควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การปฐมนิเทศก่อนการเปลี่ยนผ่าน และการแนะนำให้รู้จักบุคลากรและสถานที่ของทีมสุขภาพผู้ใหญ่ เป็นต้น

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. ควรมีการวิจัยแบบติดตามในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามผลของการเปลี่ยนผ่าน รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

2. ควรศึกษาวิจัยถึงปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น นโยบายหรือแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านระบบการรักษาวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เป็นต้น

3. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านระบบการรักษาวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Conditions: Facilitators & Inhibitors) ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) เพื่อเทียบเคียงปัจจัยที่พบในปรากฏการณ์ทางการแพทย์กับปัจจัยในทฤษฎี

5. จากการศึกษาพบว่ามียุvenilโรคเรื้อรังอายุมากกว่า 15 ปี ถึงร้อยละ 33 ที่ยังไม่เปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ จึงควรมีการศึกษาในเรื่องของการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ในแง่มุมต่าง ๆ เช่น ปัญหาและอุปสรรคของการเปลี่ยนผ่าน การศึกษาย้อนหลัง (retrospective) และการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็ก
สู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน

RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS AND TRANSITION READINESS
FROM PEDIATRIC TO ADULT MEDICAL CARE IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC
ILLNESSES IN THE UPPER PART OF THE SOUTH OF THAILAND

บุญธรรม ภักดีพรหม 5036744 NSPN/ M

พย. ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นางลัทธน์ จินตนาคิลก, พย.ค., ไชยมุข วิเชียรเจริญ, กศ.ค.,
บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ส่งผลต่อศาสตร์ทางการแพทย์และการพยาบาลให้มีการค้นคว้าและพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว รวมถึงมีการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมและทันทั่วถึง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กทั้งในภาวะวิกฤติและเรื้อรังมีอัตราการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 (LoCasale-Crouch & Johnson, 2005) การเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายลดลงรวมทั้งมีอายุเฉลี่ยยืนยาวมากขึ้นกว่า 20 ปี (Annunziato, et al., 2008) แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังได้ส่งผลกระทบต่อนักเรียนโรคเรื้อรังทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม (เนตรฤทัย ภูนาถลม, 2550; McDonagh, 2005; Turkel & Pao, 2007) วัยรุ่นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมโดยการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของภาวะสุขภาพ (สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์, 2545) สำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่องในวัยรุ่นโรคเรื้อรังอาจหมายถึงการดูแลไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งระบบการรักษาผู้ป่วยเด็กในประเทศไทยส่วนใหญ่กำหนดอยู่ที่อายุ 15 ปี การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่จึงถือเป็นช่วงเวลาแห่งความเปราะบาง (Fleming, et al., 2002) เนื่องจากวัยรุ่นต้องมีการปรับตัวหลาย

อย่างในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งระยะพัฒนาการ การเรียนรู้บทบาทในสังคม การพัฒนาตนเองสู่ความมีคุณธรรมจริยธรรม และการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม (สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551)

นอกจากนี้ การรักษาแบบผู้ใหญ่ยังมีผลเสริมสร้างพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่น เช่น ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจและการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ (McDonagh, 2005; Woldorf, 2007) ในทางตรงกันข้าม การเปลี่ยนผ่านที่ไม่สมบูรณ์จะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เช่น มีการเจ็บป่วยสูงขึ้น ขาดการรักษาและการปฏิบัติตัวเรื่องการควบคุมอาหารและการนินทาอย่างสม่ำเสมอ (Kipps, et al., 2002; Watson, 2000) นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การแยกตัวจากสังคม ความซึมเศร้า และการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Calahan, et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจะประสบผลสำเร็จได้นั้น ความพร้อมของวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด (Betz, 2004a; Robertson, 2006) โดยเน้นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่าน ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ได้แก่ ความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน ความรู้เรื่องโรคและภาวะสุขภาพ การจัดการกับอาการของโรค สมรรถนะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Hait, et al., 2006; Soanas & Timmons, 2004) ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินความพร้อมของวัยรุ่นก่อนการเปลี่ยนผ่าน เพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมและวางแผนให้การช่วยเหลือตั้งแต่การป้องกันในกรณีที่มีการเปลี่ยนผ่านนั้นยังไม่เกิด หรือการช่วยเหลือด้วยการบำบัดทางการแพทย์ในกรณีที่การเปลี่ยนผ่านนั้นพบอุปสรรค (เรณู พุกบุญมี, 2543) นอกจากนี้ ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ดังประเด็นต่อไปนี้

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานตั้งแต่วัยเด็กจะมีการปรับตัว เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนผ่านได้ง่าย (McDonagh, 2005) และมีรายงานจากการศึกษาที่ผ่านมามีความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545) และระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิต (สุคใจ สมพิธิการ, 2541) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเวลานานจะเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อวัยรุ่นกลุ่มนี้เข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ จึงน่าจะมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี

การรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกรับรู้คุณค่าของวัยรุ่นที่มีต่อตนเองและเห็นว่าตนเองมีคุณค่ามีความสามารถในการกระทำการกิจต่างๆ ให้สำเร็จ (ปรีชา ธรรมา, 2547) วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงจะมีความมั่นใจ และความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจสู่การเปลี่ยน

ผ่านจากรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้ง่าย (Berntsson, et al., 2007) ในขณะที่วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ นำมาซึ่งความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ก่อให้เกิดความเลื่อมถอยของแรงจูงใจ และมีแนวโน้มที่จะล้มเหลวในการทำสิ่งต่างๆ (เนตรฤทัย ภูนาถม, 2550) ดังนั้น การรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจึงเป็นคุณสมบัติพื้นฐานด้านจิตใจที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีการพัฒนาตนเองเพื่อให้บรรลุถึงศักยภาพสูงสุด นั่นคือมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่และปรับตัวสู่สถานการณ์ใหม่ได้ดี

ความวิตกกังวลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่เกิดขึ้นจากวัยรุ่นเองจากเดิมซึ่งอยู่ในระยะพัฒนาการที่ต้องการพึ่งพา และได้รับการปกป้องดูแลจากครอบครัวและทีมสุขภาพเด็กที่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมานาน ซึ่งบางครั้งเป็นการกีดขวางการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เมื่อรับรู้ถึงการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ซึ่งเป็นทีมสุขภาพ แผนการรักษาและสิ่งแวดล้อมใหม่ที่วัยรุ่นไม่รู้จัก และไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรังดีพอ (Hauser & Dorn, 1999) ส่งผลให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และหากวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านไม่ดีพอ ความวิตกกังวลจะยังมีความรุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความวิตกกังวลกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Weiner, et al., 2008)

การสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลต่างๆในสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดการปรับตัว โดยเฉพาะเมื่อต้องเข้าสู่สถานการณ์ใหม่คือการเปลี่ยนระบบการรักษา ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545; วิภารัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ, 2544; อริย์ มั่งเกียรติสกุล, 2543) การสนับสนุนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดการปรับตัวที่ดี และนำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ที่ดีเช่นกัน

สมมติฐานการวิจัย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังจะประสบความสำเร็จได้นั้น ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสำคัญมากที่สุด (Betz, 2004a; Robertson, 2006) เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ช่วงระยะเวลาหนึ่งในการเรียนรู้และปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะปกติ จนกระทั่งสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและพร้อมสำหรับบทบาทใหม่ในชีวิต (Meleis, 2007) ดังนั้นหากวัยรุ่นมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดีย่อมส่งผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่มีประสิทธิภาพ และการทบทวนวรรณกรรมยังพบ 3 ปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน คือ 1) ปัจจัยด้านวัยรุ่น ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ ภาวะจิตสังคม ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน ความรู้ รวมทั้งทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อน ความพร้อมของครอบครัว รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม 3) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบายและแนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านทั้งทีมสุขภาพเด็กและทีมสุขภาพผู้ใหญ่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาในบางปัจจัยที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย

ปัจจัยด้านวัยรุ่น เลือกศึกษาภาวะจิตสังคม (While, et al., 2004) เนื่องจากว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังประมาณร้อยละ 20 มักมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป (วิสุรณ บุญสิทธิ, 2551; Rosen, 2003) โดยศึกษาปัจจัยการรับรู้คุณค่าในตนเองและความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน และศึกษาระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (While, et al., 2004) ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวและเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการดูแลภาวะสุขภาพและนำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เลือกศึกษาการสนับสนุนทางสังคม (Betz, 2004b; While, et al., 2004) ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีการปรับตัว

และมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ส่วนปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (Betz, 2004b; While, et al., 2004) พบว่า ประเทศไทยยังไม่มีนโยบายหรือแบบแผนในการเตรียมความพร้อมที่เป็นรูปแบบชัดเจน และถึงแม้ว่าในต่างประเทศจะมีรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านให้กับวัยรุ่นรองรับก็ยังพบปัญหาและอุปสรรคเช่นเดียวกัน ดังนั้นปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ จึงไม่น่ามาศึกษา ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรังต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ (correlational research) แบบตัดขวาง (cross-sectional study) ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ วัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุ 14-20 ปี และรักษาอยู่ในคลินิกเด็ก สามารถอ่าน เขียน และสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ วัยรุ่นโรคเรื้อรังเรื้อรังที่มีความผิดปกติร่วม เช่น พัฒนาการช้า บกพร่องทางสติปัญญา และ/ หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงอันเป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลักอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Moderate Effect Size, $r = .30$) อำนาจการทดสอบ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบมีไม่ทิศทาง (2-tailed test) (Munro, 2005: 242) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย เพื่อเพิ่มอำนาจในการวิเคราะห์ การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ 2 ครั้ง (Burn & Grove, 2005) ครั้งที่ 1 สุ่มโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคใต้ตอนบน 7 แห่งได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนประชากร 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ครั้งที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน/ปี) บุคคลที่พามาตรวจตามนัดและสิทธิการรักษา

2. แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง ของ Kromvongkon (2002) ซึ่งดัดแปลง แปลย้อนกลับ และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จากแบบวัดความรู้สึกรู้ค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผล ใช้คะแนนเฉลี่ยโดยปรับให้อยู่ในช่วงเดียวกับแบบสอบถาม คะแนนเฉลี่ยสูง แปลผลว่า วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง คะแนนเฉลี่ยต่ำ แปลผลว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

3. แบบประเมินความวิตกกังวลโดยทั่วไป (Trait anxiety; A-Trait) ของบุญเพียร จันทิมา และคณะ (2544) ซึ่งแปล เรียบเรียง และดัดแปลงจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ (1977) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผล ใช้คะแนนเฉลี่ยโดยปรับให้อยู่ในช่วงเดียวกับแบบสอบถาม คะแนนเฉลี่ยสูง แปลผลว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลสูง คะแนนเฉลี่ยต่ำ แปลผลว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลต่ำ

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของวชิราภรณ์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer และคณะ (1981) จำนวน 20 ข้อ ตอนที่ 1 ถามถึงแหล่งสนับสนุน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน แพทย์ พยาบาล และอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ การแปลผลโดยใช้ค่าร้อยละ ตอนที่ 2 ถามถึงปริมาณการได้รับการสนับสนุน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผล ใช้คะแนนเฉลี่ยโดยปรับให้อยู่ในช่วงเดียวกับแบบสอบถาม คะแนนเฉลี่ยสูงแปลผลว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี คะแนนเฉลี่ยต่ำแปลผลว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

5. แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Betz, et al., 2003; Cappelli, et al, 1989; Newland, 2008; Weiner, et al, 2008) จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผล ใช้คะแนนเฉลี่ยโดยปรับให้อยู่ในช่วงเดียวกับแบบสอบถาม คะแนนเฉลี่ยสูงแปลผลว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านดี คะแนนเฉลี่ยต่ำแปลผลว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ของประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการรักษาและการพยาบาลเด็ก

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ภายหลังการนำปilot ทดลองใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 20 ราย ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ .79, .79, .82 และ .85 ตามลำดับ เมื่อใช้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .80, .83 และ .87 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C (สายพยาบาลศาสตร์) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยทางคลินิกโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รวมทั้งความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองในการเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดที่ห้องตรวจผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และได้รับการสุ่ม ใช้เวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับขั้นตอนการปฏิบัติที่เหมือนกัน คือขณะกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองนั่งในห้องที่จัดไว้ เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ด้วยวาจา รวมถึงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองอ่านเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองจำนวน 10 ข้อ แบบประเมินความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจำนวน 25 ข้อ ตามลำดับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และมอบของที่ระลึก รวมระยะเวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1.สถิติบรรยาย (descriptive statistics) โดยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

2.วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 54 ช่วงอายุ 14.00-19.60 ปี ($M = 15.15$, $SD = 1.32$) เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหาลัสซิมียามากที่สุดร้อยละ 28 โรคหัวใจแต่กำเนิดร้อยละ 11 และโรคลมชักร้อยละ 10 บุคคลที่พามาตรวจตามนัดเป็นบิคารมารดา ร้อยละ 84 ใช้สิทธิการรักษาโดยใช้บัตรสุขภาพ ร้อยละ 96

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-18 ปี ($M = 8.48$, $SD = 5.45$) เมื่อปรับฐานคะแนนเฉลี่ยให้สอดคล้องกับช่วงคะแนนในแบบสอบถามซึ่งมีคะแนนเต็มเท่ากับ 4 (คะแนนจริงแสดงในภาคผนวก ง) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองเท่ากับ 2.78 ($SD = .29$) ความวิตกกังวลเท่ากับ 2.32 ($SD = .32$) การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 3.26 ($SD = .36$) และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 2.90 ($SD = .34$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของการสนับสนุนทางสังคม พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์เท่ากับ 3.38 ($SD = .44$) ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 3.31 ($SD = .49$) ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงานเท่ากับ 3.29 ($SD = .48$) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าเท่ากับ 3.17 ($SD = .52$) และด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ 3.14 ($SD = .48$) คะแนนเฉลี่ยรายด้านของความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน พบว่าด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรคเท่ากับ 2.98 ($SD = .44$) ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเองเท่ากับ 2.95 ($SD = .47$) ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาเท่ากับ 2.89 ($SD = .48$) และด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 2.78 ($SD = .41$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน (n=100)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน	M	SD	การแปลผล
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	1.00-18.00	8.48	5.45	-
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	2.00-3.60	2.78	.29	ดี
ความวิตกกังวล	1.55-3.05	2.32	.32	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	2.40-4.00	3.26	.36	ดี
ด้านอารมณ์	2.25-4.00	3.38	.44	ดี
ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.00-4.00	3.31	.49	ดี
ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	1.75-4.00	3.29	.48	ดี
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	1.75-4.00	3.17	.52	ดี
ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	2.00-4.00	3.14	.48	ดี
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	2.12-3.68	2.90	.34	ดี
ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค	1.66-4.00	2.98	.44	ดี
ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง	1.16-4.00	2.95	.47	ดี
ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา	1.66-4.00	2.89	.48	ดี
ด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน	1.71-3.85	2.78	.41	ดี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .03, p > .05$) การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38, p < .01$ และ $r = .39, p < .01$) ตามลำดับ โดยพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงของความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ร้อยละ 14.44 และร้อยละ 15.21 ตามลำดับ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$) โดยพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงของความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ร้อยละ 6.25 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (r^2)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	.03	.09
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	.38**	14.44
ความวิตกกังวล	-.25*	6.25
การสนับสนุนทางสังคม	.39**	15.21
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.42**	17.64
ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.33**	10.89
ด้านสิ่งของ เงินทองและแรงงาน	.28**	7.84
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	.24*	5.76
ด้านอารมณ์	.22*	4.84

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

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81 มีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับดี ($M = 2.90$, $SD = .34$) ทั้งด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค การดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา อธิบายได้ว่าวัยรุ่นมีพัฒนาการทางด้านการคิด และความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเป็นขั้นตอนและมีเหตุผล (formal operational manner) เข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนได้มากขึ้น เช่น พยากรณ์โรค ปฏิกิริยาจากตนเองและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการรักษา (วิจิตรณ บุญศิริ, 2551; McDonagh, 2007) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานเฉลี่ย 8.48 ปี อีกทั้งยังพบกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 33 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีวุฒิภาวะมากขึ้น มีโอกาสได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจากบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคเรื้อรังสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Betz, 2007; Viner, 2008) การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Newland (2008), McPherson และคณะ (2009), Clarizia และคณะ (2009) ที่พบว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทีมสุขภาพจึงต้องเตรียมความพร้อมให้กับวัยรุ่นก่อนการเปลี่ยนผ่าน อย่างไรก็ตาม

ตาม ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่ก็ยังค่อนข้างต่ำ ดังนั้น ทีมสุขภาพเด็กจึงต้องเตรียมความพร้อมให้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยเน้นการบอกกล่าวให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังทราบล่วงหน้าถึงการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น รวมถึงเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จและเกิดผลกระทบน้อยที่สุด (Baines, 2009; Dugueperoux, et al., 2009)

ส่วนความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านเป็นอุปสรรคเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา (Betz, 2007; Houser & Dorn, 1999; Shaw, et al., 2004) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนยังไม่มีนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านระบบการรักษา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ายังมีวัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุมากกว่า 15 ปี ถึงร้อยละ 33 ที่ยังไม่เปลี่ยนผ่าน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทีมสุขภาพเด็กไม่ได้เตรียมความพร้อมให้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรัง การดูแลวัยรุ่นโรคเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านยังคงเป็นปัญหาทั้งในส่วนของทีมสุขภาพ และวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (Anthony, et al., 2009; Bryant & Walsh, 2009; Freyer & Brugieres, 2008)

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .03, p > .05$) ถึงแม้ว่าธรรมชาติของมนุษย์จะต้องใช้เวลาในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อเวลาผ่านไปคาดว่าผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวและพัฒนาความชำนาญในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี (Sawyer, et al., 2007) ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสังเกตว่าปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน นอกจากระยะเวลาที่เจ็บป่วยแล้วก็คืออายุของเด็ก ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์เพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยแบ่งช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ ซึ่งพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำระหว่างช่วงอายุที่มากกว่า 15 ปีของกลุ่มตัวอย่างกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .16, p < .01$) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอายุ 14-15 ปีไม่พบความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .06, p > .05$) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มเกิดโรค ซึ่งพบตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 15.11 ปี ($SD = 5.62$) กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์เช่นกัน ($r = .16, p > .05$) ข้อมูลดังกล่าวยังเป็นการสนับสนุนว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่หลากหลายทั้งที่เจ็บป่วยแต่กำเนิดและที่เกิดขึ้นภายหลัง และมีความแตกต่างในระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่ 1-18 ปี ($M = 8.48, SD = 5.45$) อีกทั้งแนวทางการดูแลวัยรุ่นในระยะเปลี่ยนผ่านของแหล่งเก็บข้อมูลแต่ละแห่งยังไม่มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน จึงเป็นสิ่งที่เน้นย้ำให้บุคลากรทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านให้กับวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

การรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้วัยรุ่นมีอารมณ์ที่มั่นคงส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม (อุทัยวรรณ พัทธกัษรพันธ์, 2545) และเป็นแรงขับเคลื่อนบวกที่สามารถพัฒนาได้ตลอดชีวิต โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นที่สามารถพัฒนาได้อย่างลึกซึ้งและมั่นคง (Fields, 2004) อันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังปรับตัวในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นพื้นฐานของการประสบความสำเร็จของชีวิตในทุกด้าน (สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84 มีการรับรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับดี ($M = 2.78, SD = .29$) ซึ่งส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นแต่กำเนิด มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนาน ร่วมกับลักษณะเฉพาะของโรคที่จำเป็นต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่างเพื่อให้สอดคล้องตามแนวทางการดูแลรักษา ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางจิตสังคมที่ร่าเริง มีความคิดเป็นของตัวเอง และให้ความสนใจกับภาพลักษณ์รวมถึงพัฒนาการทางเพศที่ชัดเจนขึ้น (บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, 2551) ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทและความต้องการของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรฤทัย ภูนาถม (2550) และอำพร กอริ (2544) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Berntsson และคณะ (2007) ที่พบว่า วัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงจะมีความมั่นใจ มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจสู่การเปลี่ยนผ่าน

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Weiner และคณะ (2008) โดยในการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71 มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ($M = 2.32, SD = .32$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นมาแต่กำเนิด และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนานเฉลี่ย 8.48 ปี ซึ่งเป็นสิ่งคุกคาม และส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค การจัดการกับความเจ็บป่วยและภาวะจิตสังคม ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลได้ง่าย และรุนแรงกว่าวัยรุ่นทั่วไป (วิจิตรน บุญสิทธิ, 2547; Sawyer, et al., 2007) เนื่องจากพัฒนาการด้านความคิดที่มีความเข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยได้มากขึ้น สามารถคิดเป็นขั้นตอนและคาดการณ์ล่วงหน้าได้ใกล้เคียงความเป็นจริง (วิจิตรน บุญสิทธิ, 2551; Kaufman, 2006) เมื่อรับรู้ถึงการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรักษาแบบผู้ใหญ่ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ ย่อมมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น การศึกษาค้นคว้านี้ แม้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) ในระดับปานกลาง แต่หากเป็นอยู่นานจนกลายเป็นบุคลิกภาพ ก็จะเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น (State anxiety) นั่นคือ การเปลี่ยนผ่านระบบการรักษาที่อาจส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวในระดับที่สูงขึ้นได้

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .39, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ในชีวิตคือการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปรับตัว โดยการสนับสนุนจากบิดามารดา สมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพ เพื่อนและบุคคลรอบข้าง สอดคล้องกับการศึกษาของงามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) วิจารณ์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) อริย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) และ Kyngas (2004) ผลศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านสูงสุด ซึ่งแพทย์และพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมจึงควรส่งเสริมความตระหนักเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่าน ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา สมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค และการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Betz, 2004b; McPherson, et al., 2009; Newland, 2008; While, et al., 2004) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านต่ำที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประสานงานให้ครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ที่สำคัญเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551; Berntsson, et al., 2007) รวมถึงกลุ่มเพื่อนซึ่งสามารถสนับสนุนด้านอารมณ์ตามระยะพัฒนาการของวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้เช่นกัน (Kaufman, 2006)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล การประเมินความพร้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องช่วยให้ทีมสุขภาพเด็กสามารถจัดโปรแกรมเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเอง เช่น ทักษะชีวิต การเสริมสร้างพลังใจ การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน และการลดความวิตกกังวลโดยการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล การปฐมนิเทศก่อนการเปลี่ยนผ่าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและกลุ่มเพื่อน ซึ่งสามารถจัดกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันในกลุ่มวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (self help group) และ/หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มวัยรุ่นโรคเรื้อรังกับวัยรุ่นปกติ (peer group support)

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการวิจัยแบบติดตามระยะยาว เพื่อติดตามผลของการเปลี่ยนผ่าน รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการศึกษาย้อนหลังและการวิเคราะห์ปัจจัย ในกลุ่มวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ยังไม่เปลี่ยนผ่าน

RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS AND TRANSITION
READINESS FROM PEDIATRIC TO ADULT MEDICAL CARE IN
ADOLESCENTS WITH CHRONIC ILLNESSES IN THE UPPER REGION OF
THE SOUTH OF THAILAND

BUNTHAM PUKDEEPROM 5036744 NSPN/ M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NONGLUK CHINTANADILOK, D.N.S.,
KAIMOOK WICHIENTHAROEN, Ed.D., BOONYING MANABORIBOON,

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Advances in medical treatment and nursing care have dramatically improved life expectancy for children with acute and chronic illnesses as more than 90% of children currently surviving to adulthood with radically reduced mortality and mobility rates (LoCasale-Crouch & Johnson, 2005) while increasing numbers of adolescents are older than 20 years (Annunziato, et al., 2008).

Adolescent is a period of transition from dependence to independence when adolescents begin to adopt a multitude of new social and emotional roles as they learn to cope with altered bodily functions. Adolescents with chronic illnesses are constantly struggling with independence. At the same time, their illnesses often keep them physically and emotionally restricted (McDonagh, 2005; Turkel & Pao, 2007). These improvements are naturally accompanied by substantial health care needs and expenditures related to their physical, medical and psychosocial needs, especially as they age through adolescent.

In Thailand's healthcare system, one major criteria is the change from pediatric to adult care assumed by the age of 15 years old. This transition period is a vulnerable time and daily treatment regimens have negative implications for

adolescents with chronic illnesses (Fleming, et al., 2002). Many adolescents with chronic illnesses are at high risk for unnecessary dependency, developmental difficulties and psychosocial development delay in the transitional phase.

The conceptual framework for the present study was based on a literature review which found a key factor leading to successful transitions from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illnesses was transition readiness (Betz, 2004a; Robertson, 2006) assessed in terms of (a) concerns regarding transition; (b) knowledge of illness and conditions; (c) essential skills for self care; (d) responsibility toward healthcare (Hait, Arnold, & Fishman, 2006; Soanas & Timmons, 2004). The significance of nursing roles are transition readiness assessment and follow through preparation for transition. Although planning for transition or nursing therapeutics inhibits transition (Pookboonmee, 2000). They may also promote continuity of care by helping adolescents with chronic illnesses gain understanding of their illnesses, and develop personal responsibilities with fully capacity and efficiency for future care. Other relevant factors associated with transition readiness are as follows:

Duration of chronic illness affects adaptation for self care in adolescents with chronic illnesses as a result of readiness for transition (McDonagh, 2005). Previous studies have found that duration of chronic illness had a positive correlation with adaptation and quality of life (Chonobodeechalermrung, 2002; Samithtikarn, 1998). In fact, extended duration of chronic illness leads to learning and adaptation to daily living with normalization. Thus, when adolescents are faced with chronic illnesses transition from pediatric to adult medical care, they should be properly prepared.

Self-esteem is a personal self-evaluation that is either a positive or negative feeling of self-satisfaction and self-acceptance (Thamma, 2004). Previous studies have found that adolescents with chronic illnesses and high levels of perceived self-esteem, would be confident about transition readiness to adult care (Berntsson, et al., 2007). In a study by Phunakrom (2007), it was found that adolescents with chronic illnesses who depended on other persons for daily living felt generally frustrated, had low levels of perceived self-esteem and predicted that they would be failures in life. By definition, self-esteem is moral support for adolescents with chronic illnesses in

achieving self-actualization. In situational transitions, adolescents should have good transition readiness and adaptation to new roles.

For adolescents with chronic illnesses the transfer from pediatric to adult care is marked by high levels of anxiety (Por, et al., 2004). Adolescents who have gone through their entire lives somewhat protected by their parents and healthcare providers often suffer a loss when they become adults and must take responsibility for their own healthcare decisions. Expectations about meeting new and unfamiliar healthcare team and environment breed anxiety (Hauser & Dorn, 1999) and a previous study by Weiner, et al. (2008) found that anxiety had a negative relationship with the transition readiness of adolescents with HIV. If adolescents with chronic illnesses have poor transition readiness, anxiety increases and affects health conditions.

Social support is an important factor capable of promoting successful transition for adolescents with chronic illnesses and previous studies have found that social support has a positive relationship with the adaptation of adolescents with chronic illnesses (Chonbodeechalermrung, 2002; Saengsuwan, et al., 2001; Mangkiertisakul, 2000). Consequently, when adolescents with chronic illnesses have social support from other people, their stress regarding healthcare behavior is relieved and they become better at coping as adaptation to situational transition is appropriate and transition readiness is improved.

In Thailand, no studies were found on the topic of transition readiness and factors related to transition readiness in adolescents with chronic illnesses and answers to questions on this topic are sparse, thus resulting in a gap in knowledge about the transition readiness. Therefore, it is hoped that the findings of the present study will be beneficial toward the promotion of transition readiness with proper nursing intervention.

Research Objectives

This research was based on a cross-sectional correlation design in order to

1. To study the duration of chronic illness, self-esteem, anxiety, social support and transition readiness in adolescents with chronic illnesses.

2. To determine the correlated factors with duration of chronic illness, self-esteem, anxiety, social support and transition readiness in adolescents with chronic illnesses.

Population and Sampling

The sample size was calculated based on power analysis for correlation defined by a moderate effect of $r = .30$. A two-tailed test with an alpha of .05 required 84 subjects for a testing power of .80. (Munro, 2005: 242). More cases yield greater power, so 100 adolescents with chronic illnesses were eventually included in the study. The researcher employed simple random sampling twice i.e. once for the selection of 4 in 7 provincial hospitals in the upper region of the South of Thailand and next for the selection of the population of 25 cases per provincial hospital. The inclusion criteria for recruiting the samples comprised the following: 1) Adolescents 14-20 years old with chronic illnesses appearing at the Pediatric OPD and not in transition to adult medical care; 2) Thai speaking, reading and writing literacy; 3) Adolescent and parental consent to participate in the study. The exclusion criteria applied for adolescents with chronic illnesses who had abnormalities (i.e., delayed development, mental retardation, etc.) and / or severe illness.

Instrumentation

1. The Interview Form for Demographic Data was developed by the researcher and information about gender, age, duration of chronic illness, diagnosis, persons responsible for medical care and insurance.

2. The Self-Esteem Scale was developed by Kromvongkon (2002) based on the self-esteem scale of Rosenberg (1965). There were 10 items inquiring the self-images of adolescents with chronic illnesses on a 4-point rating scale. The higher the scores, the more self-esteem the adolescents with chronic illnesses had.

3. The Trait Anxiety Scale was developed by Chanwatana, et al. (2001) who had been granted permission to translate the form by Spielberger, et al. (1977). There were 20 items asking about perception of trait anxiety gained by 4-point rating scale. The higher scores, the more anxiety the adolescents with chronic illnesses had.

4. The Social Support Questionnaire was developed by Saengsuwan, et al. (2001) based on the social support concept by Cobb (1976) and Schaefer, et al. (1981). There were 20 items in 2 parts: Part I sought information on sources of social support wherein subjects could answer more than one percentage where applicable and Part II sought information on perception of social support gained by a 4-point rating scale. The higher the scores, the more social support the adolescents with chronic illnesses had.

5. The Transition Readiness Assessment Scale was developed by the investigator from the literature review (Betz, et al., 2003; Cappelli, et al, 1989; Newland, 2008; Weiner, et al, 2008) and based on a 4-point rating scale. The higher scores, the more transition readiness the adolescents with chronic illnesses had.

Quality of the Instruments

The content validity of the Transition Readiness Assessment Scale was examined by a panel of 5 experts in area of treatments and nursing care for adolescents with chronic illnesses. The reliability of the instrumentation and data from 20 adolescents with chronic illnesses fitting the same inclusion criteria as the samples for the study and in the same setting were analyzed to determine the reliability of the instruments. Internal consistency was calculated by using Cronbach's alpha coefficient and the reliability values of the Self-Esteem Scale, Trait Anxiety Scale, Social Support Questionnaire and Transition Readiness Assessment Scale were .80, .83, .87, and .87, consecutively.

Data Collection

Permission was obtained from the Mahidol University Institutional Review Board, Panel C (Nursing) involving research on human subjects by virtue of the Declaration of Helsinki, and the Committee of Ethics for hospital settings. Data collection was performed by the researcher and the subjects and their parents were approached and informed about the research objectives, the required tasks for the subjects, and the protection of human subjects. Participant information sheets and consent forms were signed by the subjects and their parents once they had agreed to

participate in the study. The subjects were then invited to a designated room. After being interviewed by the investigator, the subjects were given a set of questionnaires to complete. All subjects were given the same set of questionnaires i.e. the Self-Esteem Scale, Trait-Anxiety Scale, Social Support Questionnaire and Transition Readiness Scale, consecutively. Upon completion of the questionnaires, the researcher expressed her appreciation and a diary was given in return for the time spent.

Data Analysis

Descriptive statistics including frequency, measurements of central trends and measures of variability were used to describe the characteristics of the samples and the study variables (i.e. self-esteem, trait anxiety, social support and transition readiness). Inter-correlations for self-esteem, trait anxiety, social support and transition readiness were computed by using Pearson's product moment correlation coefficients. The normality of the study variables and linearity among independent variables were also examined.

Results

One hundred adolescents with chronic illnesses were included in this study. The majority were females (54 %) with an average age of 15.15 years (range = 14.0-19.60 years). The major chronic illnesses included thalassemia (28%), congenital heart disease (11%) and epilepsy (10%). For the most part, the persons responsible for the expenses incurred by medical care were parents (84%) and the majority of the insurance policies were Gold Cards (96%).

The average duration of chronic illness in the subjects for the present study was 8.48 years (range = 1-18 years) and the average score for the instruments were as follows: Self-Esteem Scale = 2.78 ($SD = .29$), Trait Anxiety Scale = 2.32 ($SD = .32$), Social Support Scale = 3.26 ($SD = .36$), and Transition Readiness Scale = 2.90 ($SD = .34$), respectively.

The research hypothesis was tested with Pearson's product moment correlation coefficient computations wherein duration of illness was found to have no significant relation with transition readiness ($r = .03$, $p > .05$) while self esteem and

social support were found to have moderate positive relationships with transition readiness ($r = .38, p < .01, r = .39, p < .01$), respectively, and anxiety had a low negative relationship with transition readiness ($r = -.25, p < .05$).

Discussion

Overall, the participants had high levels of transition readiness ($M = 2.90, SD = .34$) in the areas of symptom management competency, personal responsibility, knowledge about the illness and treatments. This finding may be explained in that participants who had cognitive development in a formal operational manner were able to understand the meaning of chronic illness e.g., prognosis, personal and external factors affecting their treatments, etc. (Boonyasith, 2008; McDonagh, 2005). In addition, the participants coping with chronic illness over long periods of time must be provided with self-care agency from health care providers, which is a significant practice guideline in medical care for children and adolescents toward improving quality of life and affecting transition readiness (Betz, 2007; Viner, 2008). These findings were differed from the findings of studies by Newland (2008), Pherson, et al, (2009) and Clarizia, et al, (2009) who found that adolescents with chronic illness continued to lack adequate knowledge and skills in self-care. Therefore, healthcare teams need to prepare adolescent patients with transition readiness.

The perception of transition readiness in the present study was also concordant with previous studies in Western cultures (Betz, 2007; Hauser & Dorn, 1999; Shaw, et al., 2004), which found significant barriers to transition factors. These findings may be explained in that long-standing relationships between pediatric teams and adolescents had led to trust and protectiveness, so adolescents were reluctant and often found it difficult to discuss transition (Binks, et al., 2007; Houser & Dorn, 1999). This finding was in contrast to a study by Moons, et al. (2009) which found that healthcare providers should promote concern and perception of transition to adult medical care for adolescents with chronic illness in order to improve transition effectiveness (Baines, 2009; Dugueperoux, et al., 2009; Langton Hower & Tyrrell, 2008; Parfitt, 2008; Viner, 2008).

Duration of illness was found to have no significant relationship with transition readiness ($r = .03, p > .05$). However, the nature of the chronic illness required a long time for adjustment to adaptation as well as coping and self-care for improving quality of life and transition readiness (Sawyer, et al., 2007; While, et al., 2004). The researcher analyzed correlation between age and transition readiness found that the samples who older than 15 years old had a low positive relationships with transition readiness ($r = .16, p < .01$), while the samples who has 14-15 years old was not significantly related to transition readiness ($r = .06, p > .05$). Then, onset of illness was found to have no significant relationship with transition readiness too ($r = .16, p > .05$). That results indicated that duration of illness was found to have no significant relationship with transition readiness. These findings may be explained in that participants suffered a variety of chronic illnesses including both congenital and acquired diseases that were both uncomfortable and life-threatening over a long period of time ($M = 8.48, SD = 5.45$). In addition, all setting in the study have not clinical practice guideline for transition readiness in adolescents with chronic illnesses. These findings have raised awareness of healthcare provider for prepared transition readiness.

Self esteem was found to have a moderate positive relationship with transition readiness ($r = .38, p < .01$), thus indicating that perceived self-esteem requires promotion of consistency in emotional development in adolescents and affects positive behaviors (Pitukworapan, 2002). Self-esteem is a positive force and usually increases with ages with a high impact encountered from adolescence up to early adulthood (Fields, 2004) and should be baseline for successful tasks in life (Ruangkanchanasetr, 2008). The present study found the perceived self-esteem of participants high mean scores ($M = 2.78, SD. = .29$). This may be explained in that participants who had suffered from chronic illness over a long period of time and with diversity in chronic illnesses in the forms of both congenital and acquired diseases were affected by restricted activities and dependency on other people for daily living. Development involves changes in cognition, emotional attachments, autonomy, self-identity, sexuality and physical development while affecting role conflict and self actualization (Manaboriboon, 2008; Kaufman, 2006). The present study concurred

with that of Phunakrom (2007) and Koree (2001), but did not concur with the study of Berntsson, et al. (2007), who found that adolescents who had high levels of self-esteem also possessed transition readiness.

Anxiety was found to have a low negative relationship with transition readiness ($r = -.25, p < .05$), a finding that consisted with a study conducted by Weiner, et al. (2008). The present study found moderate anxiety ($M = 2.32, SD = .32$) in participants coping with congenital diseases such as thalassemia, congenital heart disease and HIV infection over long periods of time. Therefore, chronic illness is a threat to daily living. In addition to pathophysiology, management of chronic illness, psychosocial factors and education, high level of stress and anxiety than healthy peer (Boonyasith, 2004; Sawyer, et al., 2007). For adolescents with chronic illness and perception of the transition to adult care, a new environment creates a high level of anxiety. Nevertheless, the present study found moderate trait anxiety but over a long period of time due to personality changes as the anxiety in transition increased to a level higher than moderate anxiety affecting both daily living and health status (Lo Casale-Crouch & Johnson, 2005; Weiner, et al., 2008). This finding may be explained in that the move to sophisticated abstract thinking skills is an important aspect of cognitive development in adolescents wherein they tend to view today's reality as the way things have always been and always will be (Boonyasith, 2008; Kaufman, 2006). As a result, necessary intervention should be provided to release anxiety for transition readiness.

Social support was found to have a moderate positive relationship with transition readiness ($r = .39, p < .01$). The present study found high level of support ($M = 3.26, SD = .36$) in participants, and is the resource promoting proper adolescent behaviors for adolescents with chronic illnesses toward adaptation and coping in the situation of transition from pediatric to adult medical care. Support from parents and family, peers, health care providers may also promote adaptation, a finding found to be concurrent with a previous study conducted by Chonobodeechalermrung (2002), Kyngas (2004), Mangkiertisakul (2000), and Saengsuwan, et al. (2001). The present study found that information support has a high moderate positive relationship with transition readiness ($r = .42, p < .01$), which may be explained in that preparation for

transition readiness from healthcare provider and parents regarding symptom management competency, personal responsibility, knowledge about illness and treatments, and perception of transition may also promote transition readiness (Betz, 2004b; McPherson, et al., 2009; Newland, 2008; While, et al., 2004). Emotional support was found to have the lowest moderate positive relationship with transition readiness ($r = .22, p < .05$) wherein the significance of nursing roles must take the form of collaborator for family participation in providing emotional support for promoting transition readiness (Berntsson, et al., 2007). Moreover, peer group support and self-help groups must also fulfill emotional support at various developmental stages in adolescents with chronic illness (Boonyasith, 2008; Kaufman, 2006).

Recommendations

The findings of the study have increased understanding and raised awareness of pediatric healthcare teams, as they help them to better understand the roles of transition readiness assessment and related factors that can be used to promote transition readiness programs for adolescents with chronic illnesses. Transition readiness programs must be provide family participation and involvement toward promoting self-esteem with immunity for life, empowerment, decreased anxiety, personal health counseling and orientation before transfer to adult care. In addition to peer group support, self-help groups can be used to promote emotional support in developmental stages toward successful transition. Finally, further research should include longitudinal studies to evaluate the transition process and outcome evaluation, e.g., health status, quality of life, etc. Retrospective and factor analysis could be studied in adolescents with chronic illness as relevant to transition to adult care. Furthermore, healthcare system and the other factor potentially related to transition readiness, e.g., family relationship, peer relationship, transition conditions in transition theory, and healthcare system should be studied in future research.

เอกสารอ้างอิง

- งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตรฤทัย ภูนาทนต์. (2550). การศึกษาความเครียดของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 30(2), 28-37.
- บุญเพียร จันทวัฒนา นางลักษณ์ จินตนาคลีก พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ วาสนา แจ่มเขต และเมธนิค เบนเนตเตติ. (2544). ผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, 1(2), 26-36.
- บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์. (2551). Practical aspect of adolescent sex. ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง กวีวรรณ ลี้มประยูร โสภภาพรรณ เงินน้ำ กลีบสไบ สรรพกิจ และธราธิป โคละทัต (บรรณาธิการ). กุมารเวชศาสตร์ทันสมัย (หน้า 281-288). กรุงเทพฯ: เฮาแคนดู.
- ปรีชา ธรรมมา. (2547). การเห็นคุณค่าในตนเอง. ในบุญศรี ไพรัตน์ (บรรณาธิการ). จิตวิทยาและจิตวิทยาพัฒนาการ (หน้า 153-160). กรุงเทพฯ: ธนัชการพิมพ์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย และระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิ สีดา. (2548). การพยาบาลเด็กโรคเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2550). ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น. ในจริยา วิฑะสุกร และไพลิน นุกุลกิจ (บรรณาธิการ). บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 5 การพยาบาลเด็ก. (หน้า 1-11). กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- เรณู พุกบุญมี. (2543). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ (หน้า 161-172) (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: วิ เจ ฟรินดิง.

- วรรณวิมล คงสุวรรณ. (2544). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร นุญสิทธิ. (2547). Coping with chronic illness in adolescents. ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา สุวรรณ เรื่อง กาญจนเศรษฐ์ วิจิตร นุญสิทธิ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ). กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น (หน้า 209-213). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- วิจิตร นุญสิทธิ. (2551). การช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง. ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง กวีวรรณ ลิ้มประยูร โสภพรรณ เงินน้ำ กลีบสไบ สรรพกิจ และธราธิป โคละทัต (บรรณาธิการ). กุมารเวชศาสตร์ทันยุค (หน้า 267-274). กรุงเทพฯ: เฮาแลนด์.
- วิภารัตน์ แสงสุวรรณ นงลักษณ์ จินตนาดิกล พรศรี ศรีอัญญาพร และยาใจ สิทิมงคล. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของเด็กป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง. วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, 1(2), 37-45.
- วิรัช วิรัชนิการวรรณ. (2552). วิเคราะห์ลักษณะอุปนิสัยคนไทยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ. Retrieved October 29, 2009 from <http://www.pattanakit.net/index.php?lay=show & ac=article & Ntype=53>
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. สนับสนุนงบประมาณโดยองค์การอนามัยโลก.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). ข้อมูลบัตรทอง. Retrieved October 29, 2009 from http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewFolderAction.do?folder_id=0000000000000021
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2551). สถิติจำนวนและข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กโรคเรื้อรังประจำปี พ.ศ. 2550.
- สุดใจ สมิตีการ. (2541). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัฒนา ศักดิฐฐานนท์. (2545). ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการเผชิญความไม่แน่นอนในเด็กวัยรุ่นโรคเอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุกรี สุวรรณจุฑะ. (2547). Adolescent health care development: Past present and future. ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศจัฒนา สุวรรณ เรื่องกาณจนเศรษฐ์ วิจารณ์ บุญสิทธิ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ). *กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 1-13). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- สุวรรณ เรื่องกาณจนเศรษฐ์. (2551). พัฒนาการวัยรุ่น. ใน สุวรรณ เรื่องกาณจนเศรษฐ์ (บรรณาธิการ), *กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 3-18). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- สุกรี สุวรรณจุฑะ และสุภารัตน์ ไวยชีตา. (2549). Current concepts in pediatric critical care and nursing. ใน สุภารัตน์ ไวยชีตา ธิติดา ชัยศุภมมงคลลาภ และวรรณ คงวิเวกขจรกิจ (บรรณาธิการ), *New trend in pediatric critical care nursing* (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: ดีไซร์.
- โสภา ชปิลมันน์. (2552). การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับจริยธรรม ค่านิยม ประเพณีและวัฒนธรรมของ ครอบครัวไทยที่มีผลต่อการอบรมเลี้ยงดูบุตร: ศึกษาเฉพาะกรณีในเขต กรุงเทพมหานคร. Retrieved October 29, 2009 from <http://www.thaiedresearch.org/result/info2.php?id=3195>
- อัมพร ถุงแก้วรุ่งเรือง. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของ บิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะของการเจ็บป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำพร กอริ. (2544). *สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นชาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทัยวรรณ พัทธกัษัรพันธ์. (2545). *ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Annunziato, R. A., Emre, S., Shneider, B. L., Barton, C., Dugan, C. A., & Shemesh, E. (2007). Adherence and medical outcome in pediatric liver transplant recipients' who transition to adult service. *Pediatric Transplantation*, 11, 608-614.

- Annunziato, R. A., Emre, S., Shneider, B. L., Dugan, C. A., Aytaman, Y., McKay, M. M., et al. (2008). Transitioning health care responsibility from caregivers to patient: A pilot study aiming to facilitate medication adherence during this process. *Pediatric Transplantation, 12*, 309-315.
- Anthony, S. J., Kaufman, M., Drabble, A., Seifert-Hansen, M., Dipchand, A. I., & Martin, K. (2009). Perceptions of transitional care needs and experiences in pediatric heart transplant recipients. *American Journal of Transplantation, 9*(3), 614-619.
- Baines, J. M. (2009). Promoting better care: Transition from child to adult services. *Nursing Standard, 23*(19), 35-40.
- Bartlett, R., Holditch-Davis, D., & Belyer, M. (2007). Problem behaviors in adolescent. *Pediatric Nursing, 33*(1), 13-18.
- Berntsson, L., Berg, M., Brydolf, M., & Hellstrom, A. (2007). Adolescents experience of well-being when living with a long-term illness or disability. *Scandinavia Journal of Caring Science, 21*, 419-425.
- Betz, C. L. (2000). California healthy and ready to work transition health care guide: Developmental guideline for teaching health care self-care skills to children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 23*, 203-244.
- Betz, C. L. (2004a). Adolescents in transition of adult care: Why the concern. *Nursing Clinics of North America, 39*, 681-713.
- Betz, C. L. (2004b). Transition of adolescents with special health care needs: Review and analysis of the literature. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 27*(3), 179-241.
- Betz, C. L. (2007). Facilitating the transition of adolescents with developmental disabilities: Nursing practice issues and care. *Journal of Pediatric Nursing, 22*(2), 103-115.
- Betz, C. L., Redcay, G., & Tan, S. (2003). Self-reported health care self care needs of transition-age youth: A pilot study. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 26*, 159-181.
- Bills, S., & Knight, Y. (2007). Adolescent. In F. Valentine & L. Lowes (Eds.). *Nursing care of children and young people with chronic illness* (pp. 203-233). MA; Blackwell Publishing.

- Binks, J. A., Barden, W. S., Burke, T. A., & Young, N. L. (2007). What do we really know about the transition to adult-centered health care. A focus on cerebral palsy and spina bifida. *Academy of Physical Medicine Rehabilitation*, 88, 1064-1073.
- Blum, R. W. (2002). Introduction: The consensus statement on health care transitions. *Pediatrics*, 110, 1301-1303.
- Blum, R. W., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen, T. W., Okinow, N. A., Orr, D. P., et al. (1993). Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronics conditions. *Journal of Adolescent Health*, 14, 570-576.
- Blomquiat, K. B. (2006). Healthy and Ready to Work-Kentucky: Incorporating transition into a state program for children with special health care needs. *Pediatric Nursing*, 32(6), 515-528.
- Boonphadh, U. (2005). *Transition Conditions Related to Health Status among Burn Patients in Rehabilitation Phase*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Boyle, M. P., Farukhi, Z., & Nosky, M. L. (2001). Strategies for improving transition to adult cystic fibrosis care, based on patient and parent views. *Pediatric Pulmonology*, 32, 428-436.
- Brown, M. H., Small, L., & Palmer, N. N. (2008). Does family involvement and psychocial support influence coping in teenage patients who have congenital heart disease. *Pediatric Nursing*, 34(5), 405-417.
- Brumfield, K., & Lansbury, G. (2004). Experiences of adolescents with cystic fibrosis during their transition from paediatric to adult health care: A qualitative study of young Australian adults. *Disability and Rehabilitation*, 26(4), 223- 234.
- Bryant, R., & Walsh, T. (2009). Transition of the chronically ill youth with hemoglobinopathy to adult health care: An integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(1), 37- 48.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Callaghan, D. M. (2005). The influence of spiritual growth on adolescent initiative and responsibility for self-care. *Pediatric Nursing*, 31(2), 91-97.

- Callahan, S. T., Winitzer, R. F., & Keenan, P. (2001). Transition from pediatric to adult-oriented health care: A challenge for patients with chronic disease. *Pediatrics*, 13, 310–316.
- Cappelli, M., Macdonald, N. A., & McGrath, P. J. (1989). Assessment of readiness to transfer to adult care for adolescents with cystic fibrosis. *Children's Health Care*, 18(4), 218–224.
- Chick, N., & Melies, A. I. (1986). A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issue and implementation* (pp. 237–257). Rockville, MD: Aspen.
- Clarizia, N. A., Chahal, N., Manlhiot, C., Kilburn, J., Redington, A. N., McCrindle, B. W. (2009). Transition to adult health care for adolescents and young adults with congenital heart disease: Perspectives of the patient, parent and health care provider. *The Canadian Journal of Cardiology*, 25(9), e317–e322.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator for life stress. *Psychomatic Medicine*, 38, 300–312.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem* (2 nd ed.). California: Consulting Psychologists Press.
- Conway, S. (1998). Transition from paediatric to adult-oriented care for adolescents with cystic fibrosis. *Disability and Rehabilitation*, 20, 209–216.
- Curtin, M., & Lubkin, I. (1998). What is chronicity. In I. Lubkin, & P. D. Larsen. *Chronic illness: impact and intervention* (pp.3–25). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- David, T. J. (2001). Transition from the paediatric clinic to the adult service. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(8), 373–374.
- Dugueperoux, I., Tamalet, A., Sermet-Gaudelus, I., Le Bourgeois, M., Gerardin, M., Desmazes-Dufeu, M., et al. (2009). Clinical change of patients with cystic fibrosis during transition from pediatric to adult care. *Journal of Adolescent Health*, 43, 459–465.
- Escher, J. C. (2009). Transition from pediatric to adult health care in inflammatory bowel disease. *Digestive Disease*, 27, 382–386.
- Fields, R. D. (2004). The other half of the brain. *Scientific American*, April, 54–61.
- Fleming, E., Carte, B., & Carter, B. (2002). The transition of adolescents with diabetes from the children's health care service into the adult health care service: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 560–567.

- Freyer, D. R., & Brugieres, L. (2008). Adolescent and young adult oncology: Transition of care. *Pediatric Blood Cancer*, 50, 1116-1119.
- Hait, E., Arnold, J. H., & Fishman, L. N. (2006). Educate, communicate, anticipate-practical recommendations for transitioning adolescents with IBD to adult health care. *Inflammation Bowel Disease*, 12, 70-73.
- Hauser, E. H., & Dorn, L. (1999). Transitioning adolescents with sickle cell disease to adult-centered care. *Pediatric Nursing*, 25(5), 479-525.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 83-108). Orlando: Academic Press.
- Intarasomjai, T. (2004). *Transition conditions related to quality of life among brain tumor patients in rehabilitation phase*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Jones, S. E., & Hamnilton, S. (2008). The missing link: Paediatric to adult transition in diabetes services. *British Journal of Nursing*, 17(3), 842-847.
- Katon, W., Lin, E., & Keonke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Medical Psychiatry*, 29, 147-155.
- Kaufman, M. (2006). Role of adolescent in the transition process. *Progress in Transplantation*, 16, 286-290.
- Kennedy, A., & Sawyer, S. M. (2008). Transition from pediatric to adult services: Are we getting it right. *Current Opinion in Pediatrics*, 20, 403-409.
- Kennedy, A., Sloman, F., Douglass, J. A., & Sawyer, S. M. (2007). Young people with chronic illness: The approach to transition. *Internal Medicine Journal*, 37, 555-560.
- Kipps, S., Bahu, T., Ong, K., Ackland, F. M., Brown, R. S., Foxt, C. T., et al. (2002). Current methods of young people with type 1 diabetes to adult services. *Diabetes Medical*, 19, 649-654.
- Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. V. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329.
- Kromvongkon, S. (2002). *Factors affecting health status among amputee adolescents*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

- Kyngas, H. (2004). Support network of adolescents with chronic disease: Adolescents' perspective. *Nursing and Health Science*, 6, 287-293.
- Kyngus, H., & Rissanen, M. (2001). Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with chronic disease. *Journal Clinical Nursing*, 10, 767-774.
- Langton Hewer, S. C., & Tyrrell, J. (2008). Cystic fibrosis and the transition to adult health services. *Archives of Disease in Childhood*, 93, 817-821.
- Lewis-Gary, M. D. (2001). Transitioning to adult health care facilities for young adults with a chronic condition. *Pediatric Nursing*, 27(5), 521- 524.
- LoCasale-Crouch, J., & Johnson, B. (2005). Transition from pediatric to adult medical care. *Advance in Chronic Kidney Disease*, 12(4), 412-417.
- Lotstein, D. S., Ghandour, R., Cash, A., McGuire, E., Strickland, B., & Newacheck, P. (2009). Planning for health care transition: Results from the 2005-2006 national survey of children with special health care needs. *Pediatrics*, 123(1), e145-e152.
- Lotstein, D. S., McPherson, M., Strickland, B., & Newacheck, P. (2005). Transition planning for youth with special health care needs: Results from the national survey of children with special health care needs. *Pediatrics*, 115, 1562-1568.
- Macdonald, S., Sagerman, P. J., Boyd, L., & Sanabria, K. (2008). One family journey: Medical home and the network of supports it offers children and youth with special healthcare needs: The transition process starts early. *Exceptional Parent*, 38(4), 57-61.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed). New York: Harper & Row.
- McDonagh, J. (2005). Growing up and moving on: Transition from pediatric to adult care. *Pediatric Transplantation*, 9, 364-372.
- McDonagh, E. J. (2007). Transition of care: How should we do it. *Pediatric and Child Health*. 17(12), 480-484.
- McPherson, M., Thaneil, L., & Minniti, C. P. (2009). Transition of patients with sickle cell disease from pediatric to adult care: Assessing patient readiness. *Pediatric Blood Cancer*, 52(7), 838-841.
- Meleis, A. I. (2007). Developing middle range and situation-specific theories: Exemplars. In A. I. Meleis.(ed.) (4th ed.). *Theoretical nursing development and progress* (pp. 212-237). Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transition: An emerging middle-range theory. *Advance Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Moons, P., Hilderson, D., & Deyk, K. V. (2008). Implementation of transition programs can prevent another lost generation of patients with congenital heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 259-263.
- Moons, P., Pinxten, S., Dedroog, D., Deyk, K. V., Gewillig, M., Hilderson, D., et al. (2009). Expectations and experiences of adolescents with congenital heart disease on being transferred from pediatric cardiology to an adult congenital heart disease program. *Journal of Adolescent Health*, 44, 316-322.
- Munro, B. H. (2005). Correlation. In B. H. Munro. (ed.) (5th ed.). *Statistical method for health care research* (pp. 239-258). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Narit, N. (2007). *Perceived self-efficacy, social support and factors related self-care behavior of adolescent with type 1 diabetes mellitus*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Newland, J. A. (2008). Factors influencing independence in adolescents with sickle cell disease. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(3), 177-185.
- Parfitt, G. (2008). Improving the young's experience of transition: Lessons from Wales. *Pediatric Nursing*, 20(9), 27-30.
- Patterson, D., & Lanier, C. (1999). Adolescent health transition: Focus group study of teens and young adults with specials health care needs. *Family and Community Health*, 22(2), 43-58.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pookboonmee, R. (1998). *Perceptions of adult social role development among adolescents with chronic illness*. Unpublished doctoral dissertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Por, J., Goldberg, B., Lennox, V., Burr, P., Barrow, J., & Dennard, L. (2004). Transition of care: Health care professionals view. *Journal of Nursing Management*, 12, 354-361.

- Rattanasiri, P. (2005). *The effect of an admission program on anxiety of mothers of hospitalized children with respiratory disorders*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Reider-Demer, M., Zeilinski, T., Carvajal, S., Anulao, K., & Roeyen, V. L. (2008). When the pediatric patient no longer a pediatric patient. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(4), 267-269.
- Reiss, J. G., Gibson, R. W., & Walker, L. R. (2005). Health care transition: Youth, family, and provide perspectives. *Pediatrics*, 115, 112-120.
- Robertson, L. (2006). When should young people with chronic rheumatic disease move from pediatric to adult-centred care. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 20(2), 387-397.
- Robertson, L., McDonagh, J. E., Southwood, T. R., & Shaw, K. L. (2006). Growing up and moving on. A multicentre UK audit of the transfer of adolescents with juvenile idiopathic arthritis from paediatric to adult centred care. *Annual Rheumatic Disease*, 65, 74-80.
- Rosen, D. S. (2003). Transition to adult health care for adolescents and young adult with chronic illness. *Journal of Adolescent Health*, 33, 309-311.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University press.
- Sawyer, S. M., Drew, S., Yeo, M. S., & Britto, M. (2007). Adolescents with a chronic condition: Challenges living, challenges treating. *The Lancet*, 369, 1481-1489.
- Sawyer, S. M., Blair, S., & Bowes, G. (1997). Chronic illness in adolescents: Transfer or transition to adult services. *Journal of Pediatric and Child Health*, 33, 88-90.
- Saewyc, E. M. (2007). Health promotion of the adolescent and family. In M. J. Hockenbery (Eds.), *Wong's nursing care of the infants and children* (8th ed.) (pp. 811-848). St. Louis: Mosby.
- Scal, P. (2002). Transition for youth with chronic condition: Primary care physicians' approaches. *Pediatrics*, 110(6), 1315-1321.

- Scal, P., Evans, T., Blozis, S., Okinow, N., & Blum, R. (1999). Trends in transition from pediatric to adult health care services for young adults with chronic conditions. *Journal of Adolescent Health, 24*, 259-264.
- Schaffer, M. A. (2004). Social support. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds). *Middle range theories: Application to nursing research* (pp.179-202). Philadelphia: Lippincott.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 381-406.
- Schumacher, K. L., & Melies, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship, 26*(2), 119-127.
- Shaw, K. L., Southwood, T. R., & McDonagh, J. E. (2004). Developing a programmed of transitional care for adolescents with juvenile idiopathic arthritis: Results of a postal survey. *Rheumatology, 43*, 211-219.
- Shaw, K. L., Southwood, T. R., & McDonagh, J. E. (2006). Development and preliminary validation of the "Mind the Gap" scale to assess satisfaction with transition health care among adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Child: Care, Health & Development, 33*(4), 380-388.
- Soanes, C., & Timmons, S. (2004). Improving transition: A qualitative study examining the attitudes of young people with chronic illness transferring to adult care. *Journal of Child Health Care, 8*(2), 102-112.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1977). *Self-evaluation questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y: Self-evaluation questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stam, H., Hartman, E. E., Deurloo, J. A., Groothoff, J., & Grootenhuis, M. A. (2006). Young adult patient with a history of disease: Impact on course of life and transition into adulthood. *Journal of Adolescent Health, 39*, 4-13.
- Turkel, S., & Pao, M. (2007). Late consequences of chronic pediatric illness. *Psychiatric Clinics of North American, 30*, 819-835.

- Valentine, F., & Hazell, S. (2007). The definition and aetiology of chronic illness. In F. Valentine & L. Lowes (Eds.). *Nursing care of children and young people with chronic illness* (pp.1-28). MA; Blackwell Publishing.
- Viner, R. M. (2008). Transition of care from paediatric to adult services: One part of improved health services for adolescents. *Archive Disease Child*, 93(160-163).
- Watson, A. R. (2000). Non-compliance and transfer from pediatric to adult transplant unit. *Pediatric Nephrology*, 14, 469-472.
- Weiner, L., Zobel, M., Battles, H., & Ryder, C. (2008). Transition from a pediatric HIV intramural clinical research program to adolescent and adult community-based care services: Assessing transition readiness. *Social Work Health Care*, 46(1), 1-19.
- While, A., Forbes, A., Ullman, R., Lewis, S., Mathes, L., & Griffiths, P. (2004). Good practice that address continuity during transition from child to adult care: Synthesis of the evidence. *Child: Care, Health & Development*, 30(5), 439-452.
- Woldorf, J. W. (2007). Transitioning adolescents with special healthcare needs: Potential barriers and ethical conflicts. *Journal of Specialist Pediatric Nursing*, 12(1), 53-55.
- Yeo, M., & Sewyer, S. (2005). Chronic illness and disability. *British Medical Nursing*, 330, 721-723.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่าน



เลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ.....ปี.....เดือน
3. การวินิจฉัยโรค

☐ โรคติดเชื้อเอชไอวี	☐ โรคธาลัสซีเมีย
☐ โรคหัวใจแต่กำเนิด	☐ โรคหัวใจรูห์มาติก
☐ โรคหอบหืด	☐ โรคมะเร็ง
☐ โรคเบาหวาน	☐ โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก
☐ อื่นๆ ระบุ.....	
4. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย เดือน.....ปี
5. บุคคลที่พามาตรวจตามนัดโดยส่วนใหญ่

☐ บิดา-มารดา	☐ ญาติ ระบุ.....
☐ มาเอง	☐ อื่นๆ ระบุ.....
6. สิทธิการรักษา

☐ บัตรสุขภาพ	☐ เบิกจ่ายตรง
☐ จ่ายเงินเอง	☐ จ่ายเงินบางส่วน
☐ อื่นๆ ระบุ.....	

ส่วนที่ 2

แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย× ในช่องที่บ่งชี้ว่าข้อความต่อไปนี้เป็นจริง ตรงตามความรู้สึกของน้องมากที่สุด ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง น้องมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา
 เห็นด้วย หมายถึง น้องมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง น้องมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง
 ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง น้องไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1. ฉันรู้สึกว่าคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ	✗			

จากตัวอย่าง แสดงว่าน้องรู้สึกว่าคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ ตลอดเวลา

เมื่อน้องเข้าใจวิธีการตอบและพร้อมจะตอบคำถาม โปรดตอบข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1. ฉันรู้สึกว่าคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
10. หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตนเอง				

ส่วนที่ 3

แบบประเมินความวิตกกังวล

คำแนะนำ

ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกต่างๆ ของน้อง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย **X** ในช่องที่ตรงความรู้สึกของน้อง **โดยทั่วๆ ไป** มากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ไม่ต้องใช้เวลากับข้อความข้อใดข้อหนึ่งมากเกินไป แต่ขอให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของน้อง **โดยทั่วๆ ไป**

ตัวอย่าง

ข้อความ	เกือบไม่เคย รู้สึกเลย	รู้สึกเป็น บางครั้ง	รู้สึกบ่อยๆ	รู้สึกเกือบ ตลอดเวลา
1. ฉันรู้สึกแสบใส				X

จากตัวอย่าง แสดงว่าน้องรู้สึกแสบใสเกือบตลอดเวลา

เมื่อน้องเข้าใจวิธีการตอบและพร้อมจะตอบคำถาม โปรดตอบข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	เกือบไม่เคย รู้สึกเลย	รู้สึกเป็น บางครั้ง	รู้สึกบ่อยๆ	รู้สึกเกือบ ตลอดเวลา
1. ฉันรู้สึกแสบใส				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
20. ฉันรู้สึกตึงเครียดและยุ่งยากใจ เมื่อนึกถึงเรื่องที่ต้องเกี่ยวข้อง หรือ เรื่องที่สนใจอยู่				

ส่วนที่ 4

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่น้องได้รับจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง เครือญาติ เพื่อน แพทย์ พยาบาล หลังจากทีน้องเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน ขอให้น้องอ่านข้อความของแบบสอบถามชุดนี้ทางด้านซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย **X** ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกที่น้องได้รับมากที่สุดในแต่ละข้อแบบสอบถาม ขอให้น้องตอบเพียงคำตอบเดียว ส่วนในช่องผู้ให้การสนับสนุนสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกที่น้องได้รับมากที่สุด
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกที่น้องได้รับเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกที่น้องได้รับบ้างเล็กน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกที่น้องได้รับ

ตัวอย่าง

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่จริงเลย	ผู้ให้การสนับสนุน
1. ฉันได้รับกำลังใจในการดำเนินชีวิต		X			(X) สมาชิกครอบครัว ระบุ. พ่อ แม่ () ญาติ ระบุ () เพื่อน (X) แพทย์ (X) พยาบาล () อื่นๆ ระบุ

จากตัวอย่าง แสดงว่า น้องได้รับกำลังใจในการดำเนินชีวิตเป็นส่วนมาก แต่ไม่ทั้งหมด โดยผู้ให้การสนับสนุน คือ สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ และแพทย์ พยาบาล เมื่อน้องเข้าใจวิธีการตอบและพร้อมจะตอบคำถาม โปรดตอบข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่จริงเลย	ผู้ให้การสนับสนุน
1.แม้ฉันจะเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ แต่บุคคลรอบข้างยังให้ความรักและความห่วงใย					() สมาชิกในครอบครัว ระบุ..... () ญาติ ระบุ..... () เพื่อน () แพทย์ () พยาบาล () อื่นๆระบุ.....
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
20. ฉันได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่					() สมาชิกในครอบครัว ระบุ..... () ญาติ ระบุ..... () เพื่อน () แพทย์ () พยาบาล () อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 5

แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

คำชี้แจง

แบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งถามเกี่ยวกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของน้อง ขอให้น้องอ่านข้อความของแบบประเมินชุดนี้ทางด้านซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องมากที่สุด ในแต่ละข้อของแบบประเมิน ขอให้น้องตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องมากที่สุด
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องบ้างเล็กน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่จริงเลย
1. ฉันไม่อยากจากทีมแพทย์และพยาบาลเด็กที่ฉันสนิทและคุ้นเคยมานาน		X		

จากตัวอย่าง แสดงว่า น้องรู้สึกไม่อยากจากทีมแพทย์และพยาบาลเด็ก ที่สนิทและคุ้นเคยมานานเป็นส่วนมาก แต่ไม่ทั้งหมด เมื่อน้องเข้าใจวิธีการตอบและพร้อมจะตอบคำถามโปรดตอบข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่จริงเลย
1.ฉันไม่อยากจากทีมแพทย์และพยาบาลเด็กที่ฉันสนิทและคุ้นเคยมานาน				
2.ฉันทราบว่าต้องเปลี่ยนไปรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ใหญ่เมื่ออายุ 15 ปี				
3.ฉันเตรียมพร้อมที่จะเปลี่ยนไปรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ใหญ่				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
24. เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะพูดคุยปัญหาสุขภาพกับแพทย์ พยาบาล				
25. ฉันเก็บใบนัด และเอกสารสำคัญด้วยตนเอง				

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์
อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี
อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. แพทย์หญิงจริยา ทะรักษา
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นายแพทย์ ประยุทธ์ เสรีเสถียร
ผู้อำนวยการกรมสุขภาพจิต
ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1

ภาคผนวก ค
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C (สายพยาบาลศาสตร์)
2. เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัยของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
4. เอกสารการได้รับความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
5. เอกสารการได้รับความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์



COA.No.MU-IRB/C 2009/ 02.1507

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)

Title of Project: RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS AND TRANSITION READINESS IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC ILLNESS FROM PEDIATRIC TO ADULT MEDICAL CARE IN THE UPPER PART OF THE SOUTH OF THAILAND

Project Number: MU-IRB/C 2009/ 03.0306

Principle Investigator: Miss Boontham Pukdeeprom

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) MU-IRB/C Submission form version 2 1 July 2009
- 2) Participant Information sheet version 3 13 July 2009
- 3) Consent form for version 3 13 July 2009
- 4) Questionnaire version 2 1 July 2009

Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 15 July 2009

Date of Expiration: 15 July 2010

Signature of Chair: Pornsri Sriussadaporn.
(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)
Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing Fongcum Tilokkulchai
(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)
Dean, Faculty of Nursing

Office of Institutional Review Board panel C (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษา
แบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน

ผู้วิจัย คือ นางสาวบุญธรรม ภักดีพรหม

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว
และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือ
แก้ไขใดๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง
ออกให้ ณ วันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2552

ลงชื่อ

(นายทรงศักดิ์ เสรีโรตม)

นายแพทย์ 9

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายประวิง เอื่อนนัทธ)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ 14/2552

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี
84000 โทร. (077) 272231 ต่อ 2464, 2079 โทร. (077) 283257



รับที่	๗๙๓๗
วันที่	๒๑ กค ๕๒
เวลา	๑๐.๐๖

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อาคารรัชมังคลาภิเษก ชั้น 3 2 ถนนพราหมณ์

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร.0-2411-2002 โทรสาร 0-2419-9484

ที่ ศร 0517.02 (ศร)/ 1437

วันที่ 29 พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

กลุ่มพัฒนาฯ	๒๕๓๔
รับที่	๒๕๓๔
วันที่	๒๑ กค ๕๒
เวลา	๑๕.๑๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารอากาศศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

กลุ่มงานการพยาบาล	๗๐๑
รับที่	๗๐๑
วันที่	30 ก.ค. 2552
เวลา	15.15

ด้วย นางสาวณัฐรรม ภักดีพรหม นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน" อยู่ในความควบคุมของ รศ.ดร.นงลักษณ์ จินตนาดิกล ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กอายุ 14 - 15 ปี ณ โรงพยาบาลทหารอากาศศิริราช โดยใช้วิธีส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2552 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2552

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ขอแสดงความนับถือ

-เพื่อโปรดทราบและเห็นควรแจ้งเพื่อดำเนินการต่อไป

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

31 ก.ค. 2552

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน

พญ.นง

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.นงลักษณ์ จินตนาดิกล

โทรศัพท์ 086-996-6021

มอบหมายให้ รศ.ดร.นงลักษณ์ จินตนาดิกล
ปฏิบัติแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

พญ.นง

๒๑ กค ๕๒

ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์เพิ่มเติม

ตารางที่ 6 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)	-	1-18	8.48	5.45
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	10-40	20-36	27.87	2.89
ความวิตกกังวล	20-80	31-61	46.40	6.35
การสนับสนุนทางสังคม	20-80	45-76	61.78	7.02
ด้านอารมณ์	4-16	9-16	13.52	1.79
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	4-16	7-16	12.69	2.09
ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4-16	8-16	12.56	1.91
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4-16	8-16	13.24	1.94
ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	4-16	7-16	13.18	1.98
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	25-100	53-92	72.52	8.61
ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค	6-24	10-24	17.91	2.68
ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง	6-24	7-24	17.74	2.81
ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา	6-24	10-24	17.38	2.90
ด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน	7-28	12-27	19.49	2.91

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเมตริกซ์ (intercorrelation matrix) ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1.ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	1.00				
2.การรับรู้คุณค่าในตนเอง	-.07	1.00			
3.ความวิตกกังวล	.00	.01	1.00		
4.การสนับสนุนทางสังคม	.08	.29**	.07	1.00	
5.ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	.03	.38**	-.25*	.39**	1.00

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

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ช่วงอายุ	จำนวน (ราย)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุ	100	.01
14-15 ปี	67	.06
มากกว่า 15 ปี	33	.16**

** $p < .01$

ตารางที่ 9 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของระยะเวลาที่เริ่มเกิดโรคกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน	M	SD	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ระยะเวลาที่เกิดโรค	0.00-15.11	6.57	5.62	.16

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สหประสิทธิ์สหสัมพันธ์

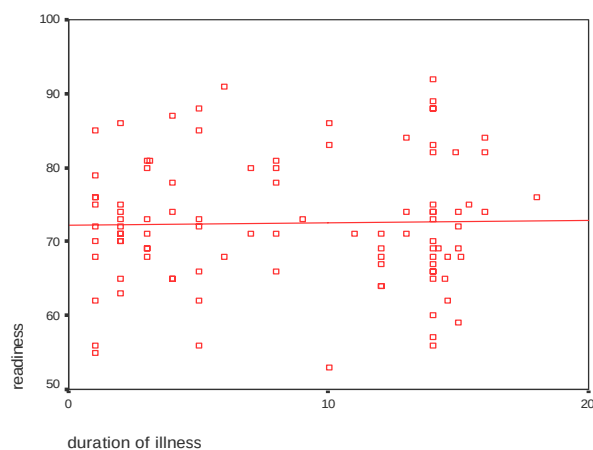
1. การตรวจสอบการกระจายแบบปกติของระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov Test

		duration	self esteem	anxiety	social support	readiness
N		100	100	100	100	100
Normal Parameters(a,b)	Mean	2.0900	27.8700	46.4000	61.7800	72.5200
	Std. Deviation	1.02588	2.89777	6.35324	7.02748	8.61228
Most Extreme Differences	Absolute	.276	.092	.067	.076	.092
	Positive	.276	.069	.067	.050	.092
	Negative	-.262	-.092	-.065	-.076	-.051
Kolmogorov-Smirnov Z		2.760	.916	.672	.759	.918
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.371	.757	.612	.369

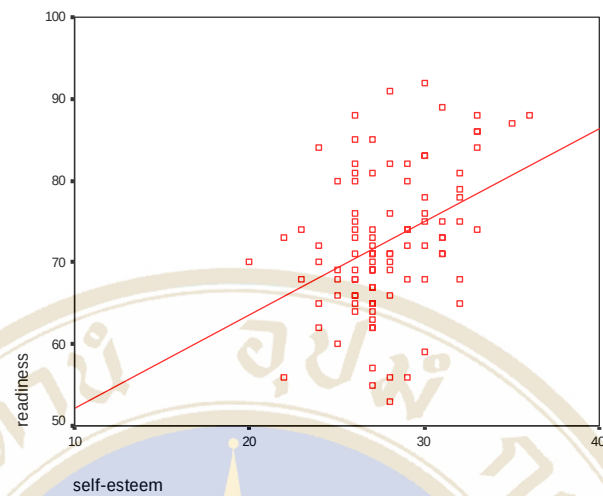
a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

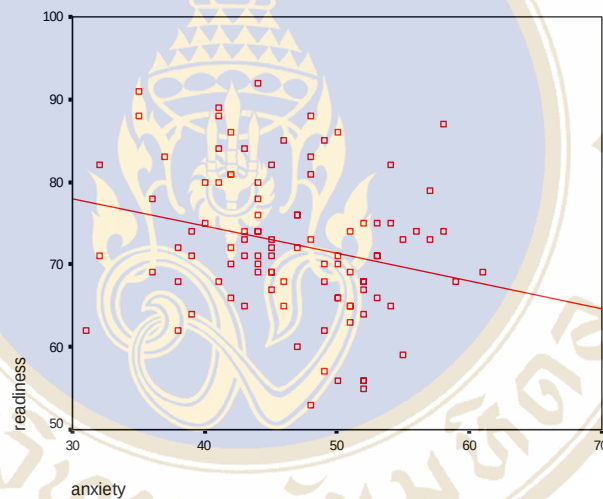
2. การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Linearity) ด้วยวิธี Scatter plot



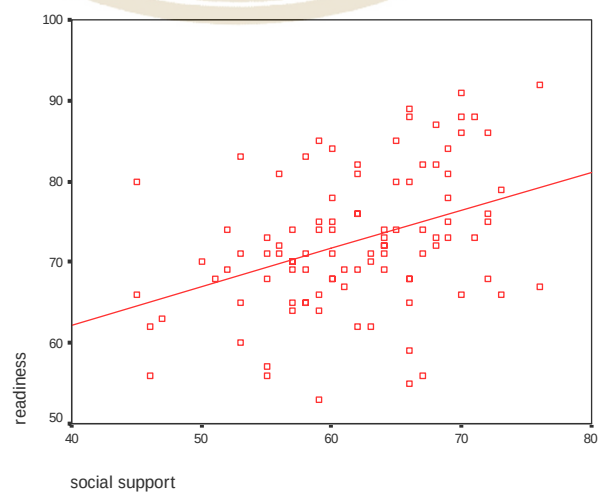
ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน



ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเองกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน



ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความวิตกกังวลกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน



ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวบุญธรรม ภักดีพรหม
วัน เดือน ปี เกิด	29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พ.ศ. 2541-2543 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547 ประกาศนียบัตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค เรื้อรัง มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ พ.ศ. 2537- ปัจจุบัน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 56 หมู่ 2 ต. มะขามเตี้ย อ. เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000 โทรศัพท์ 0-7727-2231, 0-7727-3231 ต่อ 2306
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	95 หมู่ 3 ต. ท่าเคย อ. ท่าฉาง จ.สุราษฎร์ธานี 84150 โทรศัพท์ 0-7726-0515, 08-6947-5454 E-mail: kate_pakdeeprom@yahoo.co.th