

ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็ก
สู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

กันยารัตน์ วงษ์เหมือน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็ก
สู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

กัญญารัตน์ วงษ์เหมื่อน

นางกัญญารัตน์ วงษ์เหมื่อน

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาติก,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญยิ่ง มานะปริบูรณ์,

พ.บ.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาติก,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็ก
สู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

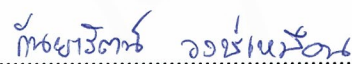
วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2555



รองศาสตราจารย์วราภรณ์ ชัยวัฒน์

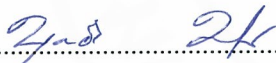
D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นางกัญยรัตน์ วงษ์เหมือน

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์,

พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรวรรณ ศรียุคตสุท,

D.S.N.

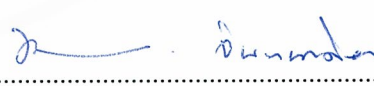
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตา เสนะสุทธิพันธุ์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาดี,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

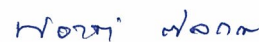


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ จินตนาคิลก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วนิตา เสนะสุทธิพันธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ ศรียุคตสุทฐ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการนำมาปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัมภูพร และอาจารย์ ดร. พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม ที่ได้ให้คำแนะนำต่างๆ รวมทั้งการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ที่กรุณาให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้างานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ หัวหน้าหน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ และหัวหน้าคลินิกกุมารเจ้าฟ้าฯ 1 ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและผู้ปกครองทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยสำเร็จลงได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณ กองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ได้อนุมัติทุนการศึกษา ตลอดจนหลักสูตรที่ศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ และเพื่อนผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้โอกาส ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจ ตลอดจนแบกรับภาระงานแทนผู้วิจัยในขณะที่มาศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนฯ รหัส 52 ทุกคนที่ให้กำลังใจร่วมทุกข์สุขด้วยกันตลอดมา สุดท้ายนี้ กราบขอบพระคุณคุณแม่ที่ทำให้การเลี้ยงดู และคอยสนับสนุนให้กำลังใจในเรื่องการศึกษามาโดยตลอด รวมถึงสามีและบุตรชายอันเป็นที่รักที่เป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลือ อีกทั้งเป็นแรงผลักดันให้สามารถก้าวข้ามผ่านอุปสรรคต่างๆตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

กันยรัตน์ วงษ์เหมือน

ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง
FACTORS PREDICTING TRANSITION READINESS FROM PEDIATRIC TO ADULT MEDICAL
CARE IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC ILLNESS

กันยารัตน์ วงษ์เหมื่อน 5236554 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นางลักษณ์ จินตนาดิกล, พย.ค., วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, Ph.D.
(NURSING), บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, พ.บ.

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนผ่านการรักษาจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการรักษา ซึ่งความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ในประเทศไทยมีการศึกษาเพียงงานเดียวที่ศึกษาเชิงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง อายุ 13-18 ปี ที่มารับการตรวจที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 36.7 ($R^2 = .367$, $F_{(6, 93)} = 8.978$, $p < .01$) โดยปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($B = 0.384$, $t = 3.936$, $p = .000$) และความวิตกกังวล ($B = -0.24$, $t = -2.186$, $p = .031$)

ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพ รวมทั้งสอนทักษะการจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เพื่อให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษา

คำสำคัญ: การเปลี่ยนผ่าน / ความพร้อม / เด็กวัยรุ่น / โรคเรื้อรัง

FACTORS PREDICTING TRANSITION READINESS FROM PEDIATRIC TO ADULT MEDICAL CARE IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC ILLNESS

KANYARAT WONGMUAN 5236554 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NONGLUK CHINTANADILOK, D.N.S.,
WANIDA SANASUTTIPUN, Ph.D. (NURSING),
BOONYING MANABORIBOON, M.D.

ABSTRACT

Transition from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illness is an important process necessary to success in treatment. Transition readiness is one of the factors that plays a major role. In Thailand, there has been only one study examining the relationship between selected factors and transition readiness. The present study aimed to investigate the factors that could predict transition readiness from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illness. The sample consisted of 100 adolescents with chronic illness aged 13 to 18 years old who having been following up at the Pediatrics Unit, Siriraj Hospital. Data were collected by means of questionnaires and instructive, individual interviews. Descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and multiple regression analysis were performed for analysing.

The findings showed all studied factors such as meaning of chronic illness, socio-economic status, age, anxiety, perceived self-esteem, and social support could predict transition readiness in adolescents with chronic illness at around 36.7% ($R^2 = .367$, $F_{(6, 93)} = 8.978$, $p < .01$). Among these predicting factors, only 2 factors, social support and anxiety, demonstrated statistical significance ($\beta = 0.384$, $t = 3.936$, $p = 0.000$ and $\beta = -0.24$, $t = -2.186$, $p = .031$, respectively).

Therefore, health care providers should realize the importance of preparations for transition readiness in adolescents who have chronic illness. Promoting social support from families, peers and medical personnel as well as teaching how to manage stress or anxiety would help developing transition readiness for adolescents with chronic illness.

KEY WORDS: TRANSITION / READINESS / ADOLESCENTS /
CHRONIC ILLNESS

149 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กวัยรุ่น	12
การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของ	
เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง	16
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่	22
ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง	
- ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมในระยะก่อนการเปลี่ยนผ่าน	24
- ระยะที่ 2 ระยะการเปลี่ยนผ่าน	26
- ระยะที่ 3 ระยะภายหลังการเปลี่ยนผ่าน	26
- ปัญหาและอุปสรรคของการเปลี่ยนผ่าน	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็ก สู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
แหล่งเก็บข้อมูล	44
เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	45
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	51
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	52
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 4 ผลการวิจัย	55
บทที่ 5 การอภิปรายผล	64
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	73
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	78
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	93
รายการอ้างอิง	108
ภาคผนวก	118
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา	119
ภาคผนวก ข แบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล	127
ภาคผนวก ค การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย	135
ภาคผนวก ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ	141
ภาคผนวก จ เอกสารการได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	145
ประวัติผู้วิจัย	149

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	56
4.2	ร้อยละของบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด	58
4.3	จำนวน และร้อยละของระดับการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง	58
4.4	พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง	59
4.5	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	60
4.6	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน	61
4.7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	62
4.8	การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กคู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง	63

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	9
2.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยที่สอดคล้องกับทฤษฎี Meleis และคณะ (2000)	21

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนผ่านการรักษาของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นกระบวนการสำคัญของชีวิต ซึ่งเป็นการเคลื่อนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่ง (Chick & Meleis, 1986) โรคเรื้อรังเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดผลกระทบหรือความจำกัดในการดำเนินชีวิต (รัชนี้ สีดา, 2548) การเปลี่ยนผ่านการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีความพร้อม ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งความพร้อมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ดังนั้นเมื่อเด็กวัยรุ่นมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านแล้ว จะสามารถเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์ รวมทั้งดำรงบทบาทของการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมั่นคง และมีสุขภาพที่ดีตามมาภายหลังการเปลี่ยนผ่าน (Cappelli, MacDonald, & McGrath, 1989; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กและวัยรุ่นปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ จึงมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ปัจจุบันภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ โรคหอบหืด โรคลมชัก โรคเบาหวาน โรคเลือด โรคทางกระดูกและข้อ (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547) สถิติเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2551 พบผู้ป่วยช่วงอายุ 10-19 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 8,374 ราย โรคโลหิตจางจำนวน 7,403 ราย โรคไตวายจำนวน 3,746 ราย โรคหัวใจล้มเหลวจำนวน 1,766 ราย และโรคหอบหืดจำนวน 1,155 ราย ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2551) สถิติปี พ.ศ. 2551 หน่วยตรวจโรคกุมารฯ โรงพยาบาลศิริราช มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้ารับการรักษา ในช่วงอายุ 13-18 ปี จำแนกตามชนิดของโรคต่างๆ ได้แก่ โรคไตจำนวน 259 ราย โรคธาลัสซีเมียจำนวน 294 ราย โรคหัวใจจำนวน 252 ราย โรคหอบหืดจำนวน 182 ราย และโรคเบาหวานจำนวน 105 ราย ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยโรคไตมีจำนวน 240 ราย โรคธาลัสซีเมียจำนวน 261 ราย โรคหัวใจจำนวน 212 ราย โรคหอบหืดจำนวน 145 ราย และโรคเบาหวานจำนวน 104 ราย ตามลำดับ (งานประมวลผล แผนกเวช

ระเบียบ โรงพยาบาลศิริราช, 2553) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรังมีแนวโน้มใกล้เคียงกัน และยังคงต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องยาวนานไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่ามีเด็กวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปียังคงรักษาอยู่ในระบบสุขภาพเป็นจำนวนมาก (Kennedy, Sloman, Douglass, & Sawyer, 2007; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005; White, 1999)

ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย หรือต้องการการรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน (วิจิตรณ บัญสิทธิ์, 2547) ส่งผลกระทบกับเด็กและครอบครัว ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีความวิตกกังวล ความเครียดจากการรักษา และเกิดผลกระทบของโรรมากกว่าเด็กวัยรุ่นทั่วไป (LoCasale-Crouch & Johnson, 2005) เด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดจะกลัวและวิตกกังวลกับอาการหายใจลำบาก มีอาการซึมเศร้า ซึ่งส่งผลการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิต (ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ ศรีสมบุรณ์ มุกสิกสุคนธ์ สมหญิง ไควสวนนท์ และวิริยา จิงสมเจตไพศาล, 2544) ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและสังคมได้ การรับรู้ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .50, p < .01$) (มณีรัตน์ สมปอง, 2548) การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน โดยอาจปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ลำบาก และมีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม (Yeo & Sawyer, 2005) โรคเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวอาจเกิดความเครียด บทบาทของบิดามารดา การดำเนินชีวิตของทุกคนในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป มีค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (รัชณี สีดา, 2548) ดังนั้นการดูแลเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรังจำเป็นต้องให้การดูแลทั้งตัวเด็กและครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับ สามารถปรับตัวให้เข้ากับโรคเรื้อรังซึ่งต้องได้รับการดูแลยาวนานต่อไปได้

เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง (วิจิตรณ บัญสิทธิ์, 2551) ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายจะมีความคิดแบบนามธรรม มีความคิดซับซ้อน อยากรู้เป็นของตัวเอง (ฉันทิกา จันทร์เป็ย และยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล, 2552) เด็กวัยรุ่นมีความต้องการการดูแลจากผู้ปกครองที่แตกต่างกัน ความรับผิดชอบในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นตามวัย จากการศึกษาของ Schilling, Knafl, & Grey (2006) พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน ช่วงอายุ 17-19 ปี มีความรับผิดชอบในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า การส่งผ่านความรับผิดชอบในการดูแลตนเองของบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากบิดามารดาไปสู่บุตรจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อบุตรมีอายุ 11-15 ปี ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นตามวัย และตามพัฒนาการ ในขณะที่บทบาทความรับผิดชอบของบิดามารดาในการดูแลบุตรลดลงเมื่อบุตรอายุเพิ่มขึ้น (While, Forbes, Lewis, Mathes, & Griffiths, 2004)

เด็กวัยรุ่นที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วยยังทำให้เกิดความยุ่งยากและความซับซ้อนในการปรับตัว ขณะเดียวกันนโยบายการดูแลเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลต่างๆในระบบสุขภาพ

ของประเทศไทย ได้จำกัดการดูแลผู้ป่วยเด็กไว้ที่อายุไม่เกิน 15 ปี ให้ได้รับการดูแลในแผนกเด็ก ขณะที่ในทางปฏิบัติ พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีอายุเกิน 15 ปี ยังคงได้รับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกเด็กจำนวนมาก ซึ่งเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความรู้สึกกังวล ไม่มั่นคงในการปรับเปลี่ยนการรักษา ความไม่พร้อมด้านความรู้ การปฏิบัติตัว และด้านจิตใจของเด็กวัยรุ่น และบิดามารดาที่ต้องมีการเปลี่ยนผ่านการรักษา (Geerts, Van De Wiel, & Tamminga, 2008) ตลอดจนระบบการดูแลรักษาจากบุคลากรทีมสุขภาพของเด็กและผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน โดยระบบการดูแลของเด็กจะให้ความสำคัญในการดูแลเด็กและครอบครัวควบคู่กัน การตัดสินใจการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับตัวเด็ก ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งต่างจากการดูแลรักษาของบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใหญ่ จะเน้นที่ตัวผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคเป็นสำคัญ (Hait, Arnold, & Fishman, 2006; Robertson, 2006) รวมทั้งแนวทางการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความไม่ชัดเจน หรือบางโรงพยาบาลยังไม่มีกรวางแผนในเรื่องนี้ จึงทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลรักษาเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เกิดความไม่พร้อมเมื่อต้องเข้าสู่ระบบของการเปลี่ยนผ่านไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ต่อไป

การเปลี่ยนผ่านการรักษาของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของชีวิต (Chick & Meleis, 1986) ซึ่งความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านเป็นส่วนสำคัญที่จะประเมินได้จากการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเรื่องการเปลี่ยนผ่านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น แผนการรักษา ทักษะในการจัดการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การสังเกต และการจัดการกับอาการของโรค และเมื่อมีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านที่ดี ก็น่าจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านระบบการรักษาตามมาได้ (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Betz, Redcay, & Tan, 2003; Cappelli, MacDonald, & McGrath, 1989; McPherson, Thaneil, & Minniti, 2009; Newland, 2008; Robertson, 2006; Wiener, Zobel, Battles, & Ryder, 2007) ซึ่งความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านนี้จะขึ้นอยู่กับความพร้อมของเด็กวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสำคัญ (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Robertson, 2006)

จากการศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Meleis และคณะ (2000) และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยอื่นๆที่สามารถทำนายความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านระบบรักษาของเด็กวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยหนึ่งที่บอถึงการรับรู้และการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม ในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 มองการฉีดอินซูลินและการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก รวมทั้งรู้สึกว่าการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นสิ่งที่น่ากลัว ในขณะที่ถ้าเด็กวัยรุ่นมีความรู้เรื่อง

เบาหวานจะช่วยให้สามารถปรับตัวและจัดการกับโรคที่เป็น ทำให้มีการเปลี่ยนผ่านการรักษาได้ (Lowes, 2008) เนตรฤทัย ภูนาภม จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และสุพรรณิ สุ่มเล็ก (2550) ผู้ป่วยเด็กเรื้อรังให้ความเห็นเกี่ยวกับโรคเรื้อรังว่าทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ความเป็นตัวของตัวเองลดลง และแสดงออกด้วยการพึ่งพาบิดามารดา (Yeo & Sawyer, 2005)

เศรษฐานะทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McPherson และคณะ (2009) ที่พบว่า เศรษฐานะทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease และการศึกษาของ Weissberg-Benckell, Wolpert, & Anderson (2007) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีเศรษฐานะระดับปานกลางและระดับสูงมีโอกาที่จะได้รับการดูแลรักษา หรือมีโอกาในการเข้าถึงการรักษาที่มีความพร้อมมากกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีเศรษฐานะระดับต่ำ

อายุของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยองค์การอนามัยโลก ระบุอายุของเด็กวัยรุ่น คือช่วงอายุ 10-19 ปี (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2547) เป็นระยะวิกฤตมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้โรคและการเปลี่ยนผ่านแตกต่างกัน (Hait, et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ McPherson และคณะ (2009) พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease ช่วงอายุ 17-20 ปี มีความรู้และความสนใจในกระบวนการเปลี่ยนผ่านมากกว่าเด็กวัยรุ่นช่วงอายุ 14-16 ปี และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลการศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ อายุของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพร้อมและความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน (Hait, et al., 2006; McDonagh, 2005; Robertson, McDonagh, Southwood, & Shaw, 2006)

ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดความรู้สึกกลัว ความไม่มั่นคงในอนาคต ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเป็นลักษณะนิสัยของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (Trait anxiety) เมื่อมีสิ่งคุกคามจะเป็นการเสริมให้ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ (State anxiety) มีความรุนแรงมากขึ้น และมีระยะเวลานานๆ จึงอาจส่งผลให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะนิสัยประจำตัวในระดับสูงขึ้นได้ (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551; Geerts, et al., 2008; Spielberger, Gorsuch, Vagg, & Jacobs, 1977) การศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่า ความวิตกกังวลของวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wiener และคณะ (2007) พบว่า ความวิตกกังวลในเด็กวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.35, p < .05$)

การรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งบุคคลแสดงออกถึงขอบเขตความเชื่อที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำเร็จ และการมีพลังอำนาจของตนเอง (Coopersmith, 1981) จากการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ McDonagh (2000) ที่พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคไตวายระยะสุดท้าย และโรคข้ออักเสบ เป็นปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน และงานวิจัยของ Narit (2007) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ($r = .41, p < .05$) ซึ่งถ้าเด็กวัยรุ่นมีการดูแลตนเองที่ดี จะส่งผลให้เด็กวัยรุ่นเกิดความเชื่อมั่น และน่าจะเกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการสนับสนุนในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข่าวสารข้อมูล และด้านสิ่งของ การเงิน ซึ่งการสนับสนุนที่ได้รับนี้จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การที่บิดามารดาเป็นผู้ดูแลสนับสนุนในด้านต่างๆ มีความเข้าใจเด็กโรคเรื้อรัง จะทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเข้มแข็ง (Sarajarvi, Haapamaki, & Paavilainen, 2006) บิดามารดา และทีมสุขภาพมีส่วนในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว มีส่วนสำคัญกับการเปลี่ยนผ่านการรักษา (McDonagh, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .39, p < .01$) ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้เกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้

ในปี พ.ศ. 2552 หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มีผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุมากกว่า 15 ปี ที่ยังรับการรักษาต่อเนื่องอยู่จำนวนมาก เช่น โรคหัวใจ จำนวน 199 ราย โรค ธาลัสซีเมีย จำนวน 177 ราย โรคหอบหืด จำนวน 103 ราย โรคเบาหวาน จำนวน 69 ราย และโรคไต จำนวน 34 ราย จากการทบทวนระบบบริการในต่างประเทศ พบว่า มีแนวทางการเตรียมความพร้อมให้กับเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เช่น การวางแผนการเปลี่ยนผ่านล่วงหน้า ตั้งแต่เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น การให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนในการรักษา การสอบถามความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเอง (Betz, et al., 2003; Cappelli, et al., 1989; Kennedy, et al., 2007; Robertson, et al., 2006) แตกต่างจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย รวมทั้งโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังก่อนการเปลี่ยนผ่าน ตลอดจนบุคลากรทีมสุขภาพยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน จึงทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

รู้สึกกังวลในการเปลี่ยนผ่าน จากประสบการณ์การปฏิบัติงานและจากการสอบถามผู้ป่วย เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอายุเกิน 15 ปี ที่ตรวจรักษาต่อเนื่องที่แผนกกุมารฯ โรงพยาบาลศิริราช เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านการรักษา ได้คำตอบว่า “เคยรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงการรักษามาบ้าง ยังไม่พร้อมที่จะย้ายไปรักษาคลินิกผู้ใหญ่ รู้สึกกลัว ไม่รู้จักหมอหรือพยาบาลที่นั่น” และเมื่อสอบถามผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ย้ายไปรักษากับอายุรแพทย์เด็กผู้ป่วยนอกด้วยคำถามเดิม ได้คำตอบว่า “ในช่วงแรก ยังไม่รู้จักหมอและพยาบาล ไม่เข้าใจขั้นตอนการตรวจ คนไข้ในคลินิกเยอะมาก ต้องรับผิดชอบตัวเองเพิ่มขึ้น ใช้เวลาเป็นปีกว่าจะปรับตัวได้” จากคำตอบที่ได้มาทั้งหมดสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ที่ศึกษาความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยทำการศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ การสังเกตและการจัดการกับอาการของโรค การดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา และความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านมีค่าต่ำที่สุด ($M=2.78, SD=.41$)

จะเห็นได้ว่า ความพร้อมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังสู่การเปลี่ยนผ่านระบบการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ มีผลให้เด็กวัยรุ่นสามารถเปลี่ยนผ่านการรักษาได้สมบูรณ์ แต่สำหรับประเทศไทย พบว่ามีการวิจัยเพียงงานเดียวของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ที่ศึกษาในเชิงความสัมพันธ์ ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน ผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็นนี้ จึงนำปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม มาทำการศึกษาในเชิงทำนาย โดยเริ่มศึกษาที่ตัวเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังก่อนเป็นลำดับแรก เนื่องจากเด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนั้นการศึกษารุ่นนี้สามารถใช้เป็นแนวทางความรู้ในเรื่องการเปลี่ยนผ่านให้กับครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อนำมาวางแผนในการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ให้เปลี่ยนผ่านอย่างมั่นคงแข็งแรงต่อไป

คำถามการวิจัย

การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้มาจากกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (2000) และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่ง Meleis และคณะ (2000) อธิบายความหมายการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นกระบวนการเคลื่อนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่สถานะหนึ่งของชีวิต เกิดปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนผ่านแบ่งออกเป็นปัจจัยเงื่อนไข 3 ส่วน ได้แก่ เงื่อนไขด้านบุคคล คือ เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เงื่อนไขด้านชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคม และเงื่อนไขด้านสังคมหรือระบบบริการสุขภาพ คือ นโยบาย แนวทางการปฏิบัติ การเปลี่ยนผ่านการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่เป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ คือ การเปลี่ยนบทบาทหนึ่งไปสู่อีกบทบาทหนึ่ง ขณะเดียวกันการเปลี่ยนผ่านยังมีส่วนสัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการร่วมด้วย เนื่องจากเด็กวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เพิ่มขึ้นตามอายุ (Chick & Meleis, 1986; Meleis, et al., 2000)

ปัจจัยเงื่อนไขต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ที่นำมาศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Meleis และคณะ (2000) พบว่าเงื่อนไขด้านบุคคล ได้แก่ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลในเรื่องความเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีการรับรู้และการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ผันแปรตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีต่อการเปลี่ยนผ่าน (เรณู พุกบุญมี, 2543) เศรษฐฐานะทางสังคม ซึ่งในครอบครัวไทยเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง เศรษฐฐานะของครอบครัวเป็นรายได้ที่นำมาใช้จ่ายในครอบครัว รวมถึงการรักษาพยาบาลเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รายได้ของครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคเรื้อรัง เนื่องจากรายได้ของครอบครัวที่สูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อใช้ใน

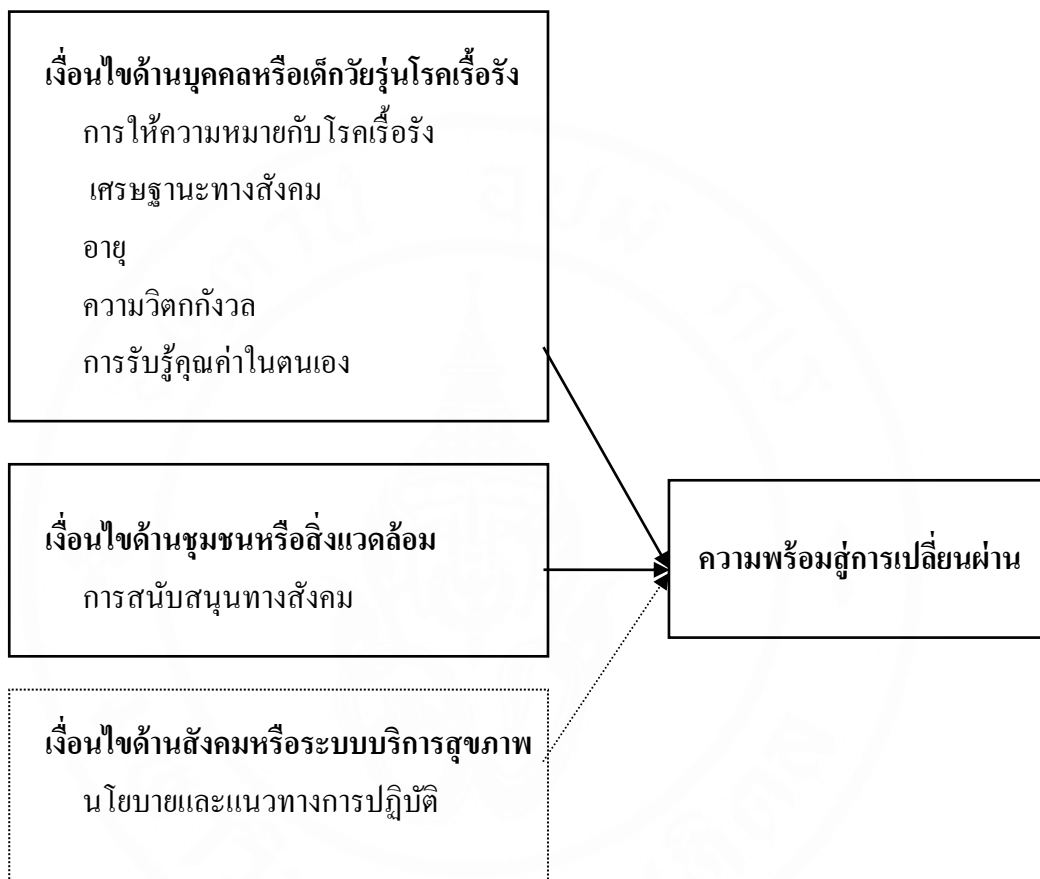
การดูแลบุตร เป็นผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุคใจ สมิตธิการ, 2541) ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่าน (Betz, 2007; Geerts, et al., 2008)

เงื่อนไขด้านชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรังที่ได้รับในด้านต่างๆ ขณะเดียวกันถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลยับยั้งความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ (Chick & Meleis, 1986; Meleis, et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน และการศึกษาของ McDonagh (2005) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความพร้อมและความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่าน

เงื่อนไขด้านสังคมหรือระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยเงื่อนไขหนึ่งตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ได้แก่ นโยบายและแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษาเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังในประเทศไทยที่มารับการตรวจในระบบบริการสุขภาพเดียวกัน ปัจจัยด้านนี้จึงมีความคล้ายคลึงกัน ในขณะที่เดียวกันพบว่า นโยบายในเรื่องความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน และแนวทางในการปฏิบัติของในแต่ละโรงพยาบาลยังมีน้อยมาก จึงเป็นข้อจำกัดในการนำมาศึกษาครั้งนี้

นอกจากปัจจัยเงื่อนไขตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแล้ว ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นปัจจัยด้านตัวเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งปัจจัยด้านอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่า เด็กโรคเรื้อรังควรมีการวางแผนการเปลี่ยนผ่านตั้งแต่เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น หรือวางแผนก่อนการเปลี่ยนผ่าน 2 ปี เพื่อให้เด็กเกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Betz, et al., 2003; Robertson, et al., 2006; Weissberg-Benckell, et al., 2007) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมและความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน (Hait, et al., 2006; McDonagh, 2005; Robertson, et al., 2006) ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่า เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัว ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะยิ่งทำให้เด็กวัยรุ่นมีความเครียดและความยากลำบากในการปรับตัว จึงเกิดความวิตกกังวล เมื่อความวิตกกังวลมีระยะเวลานาน อาจส่งผลให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะนิสัยประจำตัวในระดับสูงขึ้นไป (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551; Geerts, et al., 2008; Spielberg, et al., 1977) เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีความวิตกกังวล และไม่สามารถปรับตัวได้ จึงส่งผลกับภาวะสุขภาพและความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Wiener, et al., 2007) การรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นการแสดงออกถึงขอบเขตความเชื่อที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำเร็จ (Coopersmith, 1981) จึงเป็นปัจจัยภายในตัวเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ทำนายความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน

จากปัจจัยดังกล่าวแสดงเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1.1



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายระหว่างการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด และโรคหัวใจ ช่วงอายุ 13-18 ปี มารับบริการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายนพ.ศ. 2554

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพในการวางแผน และแนวทางในการปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมแก่เด็กวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว
2. เป็นข้อมูลการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ในประเทศไทย
3. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล บุคลากรที่มีสุขภาพ นักวิจัย และผู้ที่มีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องการเปลี่ยนผ่านในประเด็นอื่นๆต่อไป

นิยามตัวแปร

การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง หมายถึง เป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลในเรื่องความเจ็บป่วยเกิดขึ้น บอกถึงการรับรู้และการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของ Yotwongratsamee (2006) ที่ดัดแปลงมาจาก Mishel (1983) ประเมินการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมาดัดแปลงใช้ประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง มีข้อคำถาม 1 ข้อ (single item) มาตรฐานนี้แบ่งเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยคะแนน 10 แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงมากที่สุด คะแนน 0 แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงน้อยที่สุด

เศรษฐกิจทางสังคม หมายถึง รายได้โดยประมาณต่อเดือน มีหน่วยเป็นบาท ของบิดามารดา หรือผู้ปกครอง จำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพของบิดามารดาในแต่ละเดือน หรือรายได้ของบิดาหรือมารดาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ในกรณีที่อีกฝ่ายไม่ได้ประกอบอาชีพ

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง นับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่ทำการศึกษา ถ้าเศษเกิน 6 เดือนให้คิดเป็น 1 ปี

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่นประจำตัวของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังแต่ละบุคคล แสดงออกมาในลักษณะของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล จะเกิดขึ้นกับสถานการณ์ต่างๆไปอย่างต่อเนื่อง สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฟงของบุญเพียร จันทวัฒนา นางลักขณ์ จินตนาดิolk พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ วาสนา แฉล้มเขตร และเมลนิค เบนเนเดทตี (2544) ซึ่งแปล มาจากแบบวัดความวิตกกังวลแบบแฟงของ Spielberg และคณะ (1977) โดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)

4 ระดับ ซึ่งคะแนนรวมสูง แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับมาก คะแนนรวมต่ำ แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับน้อย

การรับรู้คุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่แสดงออกมาในรูปของทัศนคติที่มีต่อตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยแสดงความรู้สึกภาคภูมิใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ (Coopersmith, 1981) สามารถประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งสร้างโดย Kromvongkon (2002) โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ซึ่งคะแนนรวมสูง แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับมาก คะแนนรวมต่ำ แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับน้อย

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังรู้สึกว่าได้ได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลต่างๆ ในสังคม ได้แก่ ครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ และกลุ่มเพื่อน ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 5) การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน (Cobb, 1976; Schaffer, et al., 1981) สามารถประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสร้างโดย วิจารณ์ แสงสุวรรณ นางลักษณ์ จินตนาดิolk พรศรี ศรีธัญญาพร และยาใจ สิทธิมงคล (2544) โดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ซึ่งคะแนนรวมสูง แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก คะแนนรวมต่ำ แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านการรักษา รวมทั้งความรู้ความสามารถในการจัดการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน 2) ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา 3) สมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค 4) สมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งสร้างโดย บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) จากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมสูง แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในระดับมาก คะแนนรวมต่ำ แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในระดับน้อย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดขอบเขตของการศึกษาดังนี้

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กวัยรุ่น

การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรัง

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรัง

- ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมในระยะก่อนการเปลี่ยนผ่าน
- ระยะที่ 2 ระยะการเปลี่ยนผ่าน
- ระยะที่ 3 ระยะภายหลังการเปลี่ยนผ่าน
- ปัญหาและอุปสรรคของการเปลี่ยนผ่าน

ปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กวัยรุ่น

เด็กวัยรุ่นตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง วัยที่มีช่วงชีวิตอยู่ระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ โดยเฉลี่ยจะมีอายุอยู่ระหว่าง 10-19 ปี (จกกลณี ดุ้ยเจริญ, 2540; สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2547) สำหรับในประเทศไทย เด็กวัยรุ่นจะอยู่ในช่วงอายุ 11-20 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากทั้งทางร่างกายไปสู่การเป็นหนุ่มสาว และจิตใจ รวมถึงความคิด อารมณ์ การปรับตัว และการเข้าสังคม เพื่อเติบโตไปเป็นวัยผู้ใหญ่ โดยสามารถแบ่งเด็กวัยรุ่นได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ วัยรุ่นระยะต้น (early adolescent) ช่วงอายุ 11-14 ปี วัยรุ่นระยะกลาง (middle adolescent) ช่วงอายุ 15-17 ปี และวัยรุ่นระยะปลาย (late adolescent) ช่วงอายุ 18-20 ปี ซึ่งในแต่ละระยะ เด็กวัยรุ่นจะมีลักษณะเฉพาะมีความต้องการที่แตกต่างกัน ต้องการความเป็นอิสระ พัฒนาความเป็นตัวเอง แสดงบทบาทความ

รับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2547) เด็กวัยรุ่นนี้จึงเป็นวัยที่ผู้ปกครองต้องให้ความเข้าใจ เอาใจใส่ดูแล เพราะเป็นวัยที่มีความประมาทไม่ต่างจากวัยเด็กเล็กเช่นกัน

โรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายหรือที่ต้องการการรักษาเป็นระยะเวลานาน (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547) เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 30 วัน หรือได้รับการรักษาเป็นระยะมากกว่าเวลา 3 เดือน ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ มีการสะสมหรือแฝงอยู่ในร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอลง หรือมีความเสื่อมของร่างกาย ต้องการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ รวมถึงการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น (Curtin & Lubkin, 1998) โดย อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549) กล่าวถึงโรคเรื้อรังมักมีลักษณะต่างๆ ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นช้าๆ บุคคลไม่สามารถสังเกตอาการได้ในระยะแรก จึงทำให้พยาธิสภาพของโรคลุกลามมากขึ้นถึงขั้นรุนแรง เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ เป็นอันตรายต่อชีวิตได้

2) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพ มีทั้งระยะที่โรคสงบ และระยะที่โรคกำเริบ ลักษณะการเจ็บป่วยจะมีอาการเป็นๆ หายๆ เมื่อได้รับการรักษาจนมีระยะที่โรคสงบ ไม่ได้หมายความว่าหายขาด อาจมีอาการกำเริบได้อีก ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวต่ออาการของโรคอย่างเหมาะสม

3) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นฉับพลัน ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้เกิดความท้อแท้หมดหวังมีปัญหามากมายตามมาได้

การเจ็บป่วยในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เป็นภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทตามระยะพัฒนาการของเด็กวัยรุ่น เพื่อก้าวเปลี่ยนจากวัยเด็กไปเป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งล้วนมีอิทธิพลในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่น ด้านต่างๆ ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย โรคเรื้อรังในเด็กส่งผลกระทบต่อร่างกาย โดยส่วนใหญ่ทำให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตล่าช้า มีรูปร่างเล็กกว่าเพื่อนและญาติพี่น้อง เป็นหนุ่มสาวช้ากว่าเด็กทั่วไป มีสาเหตุมาจากสภาวะของโรคเรื้อรัง เช่น การกลับเข้ารักษาบ่อยครั้ง ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน การเผชิญต่อการติดเชื้อ อาการข้างเคียงของการใช้ยารักษาโรค เช่น อาการหอบหืด ทำให้เด็กเบื่ออาหาร ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ขณะหอบ หรือเด็กโรคธาลัสซีเมียมีการเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามวัย เนื่องจากภาวะเหล็กเกินสะสมอยู่ตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย สาเหตุดังกล่าวเป็นปัจจัยส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ เกิดการเจริญเติบโตล่าช้าตามมา (รัชনী สีดา, 2548; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547; วิจารณ์ แสงสุวรรณ และคณะ, 2544; Robertson, 2006; Yeo & Sawyer, 2005)

ผลกระทบด้านสติปัญญาและการเรียน เด็กวัยรุ่นมีพัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญาเพิ่มขึ้น เข้าใจเหตุผลเชิงนามธรรมได้ดีขึ้น อายุประมาณ 12 ปีขึ้นไป เริ่มมีความสามารถในการคิดเป็นขั้นตอนและมีเหตุผล (บุญยัง มานะบริบูรณ์, 2551) การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ เด็กต้องขาดเรียนบ่อยเพื่อมาพบแพทย์ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ขาดโอกาสการเรียนรู้ ส่งผลให้พัฒนาการทางด้านสติปัญญาช้าลง (วิภารัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ, 2544; สุกใจ สมิทธิการ, 2541; Robertson, 2006) เช่น เด็กโรคหอบหืด อาจขาดสมาธิในการเรียน อาการอ่อนเพลียจากการนอน เนื่องจากอาการหอบ ทำให้ผลการเรียนไม่ดีและการพัฒนาด้านสติปัญญาล่าช้าได้ (รัชนี สีดา, 2548)

ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เด็กวัยรุ่นมีความแปรปรวนทางอารมณ์ได้ง่าย จึงมีความหงุดหงิด เอาแต่ใจตัวเอง ต่อต้านไม่เชื่อฟังบิดามารดา ขณะเดียวกันเด็กวัยรุ่นต้องปรับตัวกับความขัดแย้งระหว่างความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาบิดามารดาด้วยความอยากเป็นอิสระ ไม่ต้องถูกควบคุมจากใคร เด็กวัยรุ่นที่เจ็บป่วย ทำให้จำเป็นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา เช่น บิดามารดาต้องพาไปพบแพทย์ ดูแลจัดเตรียมยาต่างๆ ให้ ทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดความเครียด ความยากลำบากในการปรับตัว และความไม่แน่นอนในบทบาทหน้าที่ของตน บางครั้งเด็กจะแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ เช่น ความรู้สึกโกรธ ก้าวร้าว คิดว่าต้องตายเพราะถูกลงโทษ ขณะเดียวกันก็รู้สึกผิด และเศร้าซึม (ปริศนา สุนทรชัย, 2534; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547; Gelder, 2009; Robertson, 2006; Yeo & Sawyer, 2005) อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกส่งผลให้ผู้ป่วยอาจไม่ร่วมมือในการรักษา และส่งผลต่อการรักษาได้

ผลกระทบด้านสังคม เด็กวัยรุ่นต้องการการยอมรับทางสังคม ทั้งจากครอบครัว ถือเป็นสังคมพื้นฐาน และจากบุคคลรอบข้าง เช่น ญาติ เพื่อนฝูง ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มเพื่อน กับกฎกติกาและวัฒนธรรมของสังคม (บุญยัง มานะบริบูรณ์, 2551; Gelder, 2009) การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นข้อจำกัดของร่างกายและการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน จึงมีความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม เด็กวัยรุ่นบางคนมีบุคลิกที่ไม่มั่นใจในตนเอง และแยกตัวจากสังคม (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547; วิภารัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ, 2544; Yeo & Sawyer, 2005) เช่น ความต้องการการยอมรับจากเพื่อนในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน ทำให้เกิดปัญหาการรับประทานอาหาร เด็กวัยรุ่นจะเริ่มรับประทานอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (สุภาวดี ลิขิตมาศกุล, 2549) และการศึกษาของ Cadman, Rosenbaum, Boyle, & Offord (1991) พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความพิการร่วมด้วย จะมีการปรับตัวด้านสังคมได้ยากกว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน

ผลกระทบด้านครอบครัว การมีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในครอบครัว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด มี

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบิดามารดา และการดำเนินชีวิตของทุกคนในครอบครัว มีภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เช่น บิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่มีความรุนแรง ต้องได้รับการเติมเลือดอย่างสม่ำเสมอ บิดามารดาต้องหยุดงานบ่อยเพื่อพาบุตรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และต้องให้การช่วยเหลือ ดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นในการพาไปตรวจ และการรักษาพยาบาล เป็นต้น ผลกระทบต่อครอบครัวนี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว (ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ และคณะ, 2544; รัชนิ สีดา, 2548)

การเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็ก เป็นสิ่งที่ยากต่อการปรับตัว แต่การดำเนินชีวิตในเด็กโรคเรื้อรังและการก้าวเข้าสู่การเป็นวัยรุ่นควบคู่กันไป เป็นสิ่งที่ยากลำบากยิ่งกว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นกับชีวิตในเวลาพร้อมๆ กัน เด็กวัยรุ่นบางคนจะแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการปรับตัวเนื่องจากความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มีความชัดเจนในบทบาทที่ได้รับและภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ เช่น ความรู้สึกเครียด บางคนมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความรุนแรง ก้าวร้าว ต่อรองกับบิดามารดาหรือผู้ดูแล (Gelder, 2009; Robertson, 2006) ในเด็กวัยรุ่นที่ต้องการความมีอิสระ การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ยิ่งทำให้แสดงพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลต่อสุขภาพและชีวิตของตน เช่น การทดลองใช้สิ่งเสพติด การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ซึ่งจะทำให้การดูแลรักษาเป็นไปได้ยาก (จันทิศา พฤษยานนท์, 2547; Robertson, 2006; Wiener, et al., 2007) ขณะเดียวกันเด็กวัยรุ่นบางคนสามารถปรับตัวได้ดี ยอมรับโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น ประเมินตนเองและจัดการกับโรคเรื้อรังได้ กระตือรือร้นในการเรียนรู้ ยอมรับแผนการรักษา จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้ (Baines, 2009; Gelder, 2009)

เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งพบจำนวนเด็กวัยรุ่นที่มีอายุยืนยาวกว่า 20 ปี อยู่มากกว่าร้อยละ 90 ที่ยังคงรักษาอยู่ในระบบสุขภาพ (Kennedy, et al., 2007; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005; White, 1999) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การเตรียมความพร้อมในการดูแลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ และต้องกระทำแต่เนิ่นๆ เพื่อให้เด็กวัยรุ่นสามารถปรับตัว และยอมรับการดูแลรักษาแบบเด็กและแบบผู้ใหญ่ที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่จะเปลี่ยนผ่านการรักษาแบบเด็กไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้อย่างสมบูรณ์

การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

การเปลี่ยนผ่าน (Transition) ตามความหมาย Chick & Meleis (1986) หมายถึง กระบวนการเคลื่อนหรือการผ่านจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคล มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และอาจกระทบต่อบุคคลมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้น

Schumacher & Meleis (1994) ให้ความหมายว่าการเปลี่ยนผ่าน เป็นการเปลี่ยนแปลง ผ่านจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งของชีวิต ได้อธิบายความหมายของมโนทัศน์ต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition)
- 2) ลักษณะโดยคุณสมบัติทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (Universal properties of transition)
- 3) เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions)
- 4) ครรชนบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านอย่างสมบูรณ์ (Indicators of healthy transition)
- 5) การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

Meleis และคณะ (2000) และ Meleis (2007) ได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านไว้ คล้ายๆกัน หมายถึงการผ่านช่วงชีวิตของบุคคลขณะใดขณะหนึ่ง จากเงื่อนไขหนึ่งไปสู่อีกเงื่อนไข หนึ่ง หรือสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาไม่หยุดนิ่ง เกิด ปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลและสิ่งแวดล้อม และครอบคลุมทั้งกระบวนการ ผลลัพธ์ของกระบวนการ ในการเปลี่ยนผ่านอาจมีผลกระทบต่อคนมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้น การศึกษาของบุญธรรม ภักดีพรหม (2552) และ Intarasomchai (2004) นำกรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่านนี้ไปศึกษาและให้ ความหมายในแต่ละมโนทัศน์ที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดมาอธิบายเพื่อเชื่อมโยงกับ การศึกษาได้ ดังนี้

มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transitions) ประกอบด้วย

1.1 ชนิดการเปลี่ยนผ่าน (Type) แบ่งได้เป็น 4 ชนิดได้แก่

1.1.1 การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental Transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านของบุคคลในวัยต่างๆ เช่นการเข้าสู่วัยรุ่น การเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นต้น

1.1.2 การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational Transition) เป็นการ เปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ทางการศึกษา เช่น การเปลี่ยนระดับการศึกษา การจบการศึกษา หรือการ เปลี่ยนบทบาทหนึ่งไปเป็นอีกบทบาทหนึ่ง

1.1.3 การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health/Illness Transition) การเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว เช่น การเปลี่ยนจากการรับการรักษาภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด กลับไปฟื้นฟูสภาพ ร่างกายที่บ้าน เป็นต้น

1.1.4 การเปลี่ยนผ่านตามระบบองค์กร (Organizational Transition) การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ หรือโครงสร้างภายในองค์กร

1.2 รูปแบบการเปลี่ยนผ่าน (Patterns) การเปลี่ยนผ่านมีรูปแบบเดียวหรือหลายรูปแบบ สามารถเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพร้อมกันมากกว่าหนึ่งกระบวนการในเวลาเดียวกัน หรือเกิดต่อเนื่องกัน โดยการเปลี่ยนแปลงหรือการเปลี่ยนผ่านส่งผลต่อผลลัพธ์ของกระบวนการ ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นพร้อมกันในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการจากเด็กวัยร่นสู่ผู้ใหญ่ และการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์จากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่

1.3 ลักษณะการเปลี่ยนผ่าน (Properties) เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันไป โดยจะสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ (Awareness) การกระทำของบุคคล เมื่อเกิดการรับรู้ (Engagement) ความแตกต่างและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม (Change and Difference) ระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านที่เหมาะสม (Transition time span) และการปรับตัวกับเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของแต่ละบุคคล (Critical points and events) การเปลี่ยนผ่านการรักษาขึ้นอยู่กับการรับรู้ของเด็กรุ่นแต่ละคนที่จะมีลักษณะแตกต่างกัน เพื่อส่งผลกับความสำเร็จของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน

มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition) เป็นปัจจัยเงื่อนไขของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนผ่านของบุคคล ครอบครัว และองค์กร เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์เปลี่ยนผ่าน ทำนายการเปลี่ยนผ่านว่าสามารถผ่านไปได้โดยง่าย หรือยากลำบาก (Facilitators and inhibitors) (เรณู พุกบุญมี, 2543) โดยแบ่งเป็นเงื่อนไขดังนี้

2.1 เงื่อนไขด้านบุคคล (Personal conditions) ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อย ได้แก่

2.1.1 การให้ความหมาย (Meaning) เป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลในเรื่องความเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีการรับรู้และการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยว่ามีผลต่อชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งผันแปรตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีต่อการเปลี่ยนผ่าน โดยเด็กรุ่นโรคเรื้อรังแต่ละคนอาจจะให้ความหมายหรือรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกันก็ตาม

2.1.2 วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติ (Cultural, beliefs & attitudes) วัฒนธรรม และความเชื่อที่แตกต่างกันของบุคคล แสดงออกมาทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้ง่ายหรือยากลำบาก แต่สำหรับปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติของเด็กรุ่นโรคเรื้อรังในสังคมไทยพบว่ามีลักษณะทั่วไปที่ไม่แตกต่าง การที่จะนำปัจจัยนี้มาศึกษาจึงต้อง

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีเฉพาะเจาะจง มีการจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามวัฒนธรรม ความเชื่ออย่างชัดเจน การศึกษาครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยนี้มาศึกษา

2.1.3 เศรษฐฐานะทางสังคม (Socio-economic status) สามารถยับยั้งการเปลี่ยนผ่านได้ โดยพบว่าเศรษฐกิจฐานะทางสังคมส่งผลทางด้านจิตใจของบุคคลมากกว่าภาวะสุขภาพของตน หรือในการศึกษานี้อาจกล่าวได้ว่า ในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมที่ต่ำ จะส่งผลทางด้านจิตใจได้มากกว่าภาวะของโรคเรื้อรังที่เป็นได้เช่นกัน

2.1.4 การเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation & knowledge) จะสามารถช่วยในการจัดการภาวะสุขภาพและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนผ่านได้ง่าย โดยเมื่อบุคลากรทีมสุขภาพทราบถึงความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังแล้ว จะสามารถนำไปจัดเตรียมความรู้ที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยต่อไปได้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้้นำปัจจัยด้านนี้มาทำการศึกษา

2.2 เงื่อนไขด้านชุมชน (Community conditions) เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านทั้งในด้านส่งเสริมและยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน โดยเงื่อนไขด้านชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง หรือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน มีส่วนช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนผ่าน ในทางตรงกันข้าม การขาดแคลนแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งสนับสนุน จะเป็นการยับยั้งการเปลี่ยนผ่านได้

2.3 เงื่อนไขด้านสังคม (Society conditions) หรือระบบบริการสุขภาพ เป็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหรือแนวทางในการปฏิบัติ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำเงื่อนไขนี้มาศึกษา เนื่องจากเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการตรวจในระบบบริการสุขภาพเดียวกัน หรือระบบการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเดียวกัน ปัจจัยด้านนี้จึงมีความคล้ายคลึงกัน ขณะเดียวกันการวางแผนนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติของในแต่ละโรงพยาบาล ยังมีความแตกต่างกันมาก จึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนผ่านที่มีความซับซ้อน และเป็นข้อจำกัดในการนำมาศึกษา

มโนทัศน์ที่ 3 แบบแผนการตอบสนอง (Pattern of response)

3.1 ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicators) การตระหนักถึงกระบวนการและประสบการณ์ของบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งมีผลกับภาวะสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล โดยประกอบด้วย

3.1.1 ความรู้สึกเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนผ่าน (Feeling connected) เป็นความต้องการการดูแลที่มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องในการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพ หรือของทีมผู้ดูแลในการเปลี่ยนผ่านนั้น กระบวนการเปลี่ยนผ่านการรักษาของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจึงมีความเชื่อมโยงกันในระบบที่เกี่ยวข้อง คือระบบการดูแลแบบเด็กและการดูแลแบบผู้ใหญ่

3.1.2 การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) การมีปฏิสัมพันธ์ หรือพฤติกรรมที่ตอบสนองในกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเด็กวัยรุ่นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับกระบวนการเปลี่ยนผ่านอย่างลึกซึ้ง หรือกระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับตัวเด็กวัยรุ่นเป็นอย่างมาก

3.1.3 การเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนผ่านไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ (Location & being situated) เป็นการที่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถดำรงตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เปลี่ยนไป ซึ่งสิ่งแวดล้อมใหม่ คือคลินิกผู้ใหญ่

3.1.4 การพัฒนาความมั่นใจและการเผชิญต่อการเปลี่ยนผ่าน (Developing confidence & coping) ปฏิกริยาโดยธรรมชาติของแต่ละบุคคลที่มีต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน เป็นประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาการจัดการดูแลตนเอง ไปสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่าน หรือหมายถึง การเติบโตของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีความมั่นใจ รวมทั้งกล้าที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมั่นคง

3.2 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome indicators) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน

3.2.1 การมีความชำนาญ (Mastery) ประเมินจากทักษะความชำนาญและพฤติกรรมในการจัดการกับสถานการณ์ใหม่ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีการเปลี่ยนผ่าน รวมทั้งทักษะในการจัดการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสุขเมื่อเปลี่ยนผ่านไปได้อย่างสมบูรณ์

3.2.2 การสร้างและการดำรงเอกลักษณ์ใหม่ของตนเอง (Fluid integrative identities) เป็นความสามารถดำรงบทบาทใหม่ของการเปลี่ยนผ่าน หรือในเด็กโรคเรื้อรังเมื่อมีการเปลี่ยนผ่านการรักษา สามารถดำรงบทบาทใหม่ คือการเปลี่ยนรูปแบบการรักษาแบบเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ และการก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่ สามารถตัดสินใจ และจัดการดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์

มโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) การปฏิบัติการพยาบาลในการประยุกต์การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์ เป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

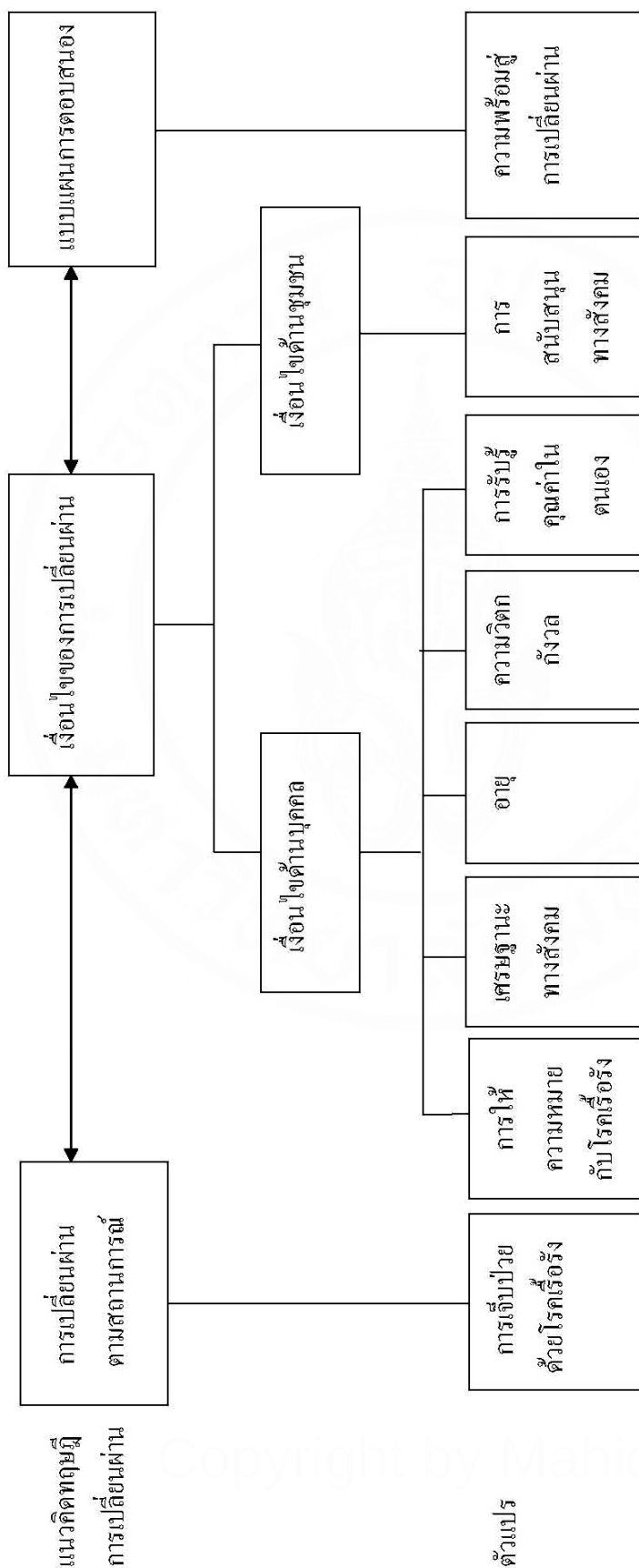
สรุป กรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จากการวิเคราะห์กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำมาอธิบายได้ว่า การเปลี่ยนผ่านการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ เป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ หมายถึง การเปลี่ยนผ่านบทบาทหนึ่งไปเป็นอีกบทบาทหนึ่ง ขณะเดียวกันการเปลี่ยนผ่านยังมีส่วนสัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ เนื่องจากเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีระยะการเจริญเติบโต และพัฒนาการที่เพิ่มขึ้นตามอายุ (Chick & Meleis, 1986;

Meleis, et al., 2000) นอกจากนั้นสามารถนำปัจจัยเงื่อนไข 2 ส่วนในมโนทัศน์ที่ 2 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Meleis และคณะ (2000) และการทบทวนวรรณกรรม มาอธิบายการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เงื่อนไขด้านบุคคลหรือเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง คือ ปัจจัยด้านการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง (Meaning) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะทางสังคม (Socio-economic status) และเงื่อนไขด้านชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม (Community conditions) คือ การสนับสนุนทางสังคม

นอกจากปัจจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแล้ว ได้ทบทวนวรรณกรรมมาร่วมอธิบาย โดยพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลหรือเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งสามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้

เมื่อนำกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาศึกษาอย่างลึกซึ้งและนำมาวิเคราะห์กับการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถอธิบายถึง มโนทัศน์ด้านการบำบัดทางการพยาบาล และแบบแผนการตอบสนองการเปลี่ยนผ่าน โดยการเปลี่ยนผ่านที่ประสบความสำเร็จสมบูรณ์นั้น เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังต้องสามารถตระหนักในกระบวนการเปลี่ยนผ่าน และสามารถจัดการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตอย่างปกติและมีความสุข รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการศึกษารวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยเหลือ ส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้ป่วย ให้สามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์ เป็นบทบาทที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาล แต่ขณะเดียวกันการให้การพยาบาลที่เหมาะสมต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง รวมทั้งความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จึงจะสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นการรับรู้ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ โดยเมื่อมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี จึงน่าจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาตามมาได้ (McPherson, et al., 2009) อีกทั้งเพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพเกิดความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลกับความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการรักษา เพื่อให้การวางแผนเตรียมความพร้อมทางการพยาบาล และการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมกับเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังต่อไป

จากการวิเคราะห์กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (2000) และการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยที่สอดคล้องกับทฤษฎี ดังแผนภาพที่ 2.1



แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัยที่สอดคล้องกับทฤษฎี Meleis และคณะ (2000)

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน หมายถึง การรับรู้ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านการรักษา รวมทั้งการมีความรู้ การสังเกตจัดการกับอาการของโรคเรื้อรังที่เป็น และการจัดการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งเมื่อเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ดี ก็น่าจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านระบบการรักษา (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Betz, et al., 2003; Cappelli, et al., 1989; McPherson, et al., 2009; Robertson, et al., 2006) คือ ความพึงพอใจในการดูแลภาวะสุขภาพ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Betz, 2007; Geerts, et al., 2008; Robertson, et al., 2006)

การเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่สำคัญของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่น (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Hait, et al., 2006; Kennedy, et al., 2007; Robertson, 2006) โดยพบว่า เด็กวัยรุ่นที่ได้รับการเตรียมความพร้อมล่าช้า จะมีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ล่าช้า ล้มเหลว ส่งผลต่อเด็กวัยรุ่นด้านจิตสังคม เช่น เด็กวัยรุ่นขาดความมั่นใจในตนเอง มีความวิตกกังวลสูงขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Brumfield & Lansbury, 2004) ดังนั้น จึงควรมีการวางแผนการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านเมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น เพื่อให้เกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษา (Hait, et al., 2006; Kennedy, et al., 2007) ขณะเดียวกันเด็กวัยรุ่นจะมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ ต้องมีความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนผ่าน สมารถที่จะเข้าสู่ขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนผ่าน ต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค อายุที่เหมาะสม และพัฒนาการเด็กวัยรุ่น (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; McPherson, et al., 2009; Soanes & Timmons, 2004) นอกจากนั้นครอบครัวมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยต้องมีความรู้กระบวนการเปลี่ยนผ่าน ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่เด็กวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการจัดการดูแลภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ จะช่วยผลักดันให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้เร็วและมั่นคงยิ่งขึ้น (Kennedy, et al., 2007; White, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาที่อธิบายถึงความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาอยู่หลายงานวิจัย และเป็นการศึกษาในกลุ่มเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลาย ผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์และสรุป ดังนี้

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน สามารถประเมินได้หลายด้าน ได้แก่ การประเมินด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น แผนการรักษา (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Cappelli, et al., 1989) สอดคล้องกับการศึกษาของ Betz และคณะ (2003) ที่ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความ

พร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน นำมาพัฒนาแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง พัฒนามาเป็น The California Healthy and Ready to Work Transition Health Care Assessment Tool โดยประเมินด้านความรู้ ทักษะการป้องกันโรค ความรู้การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เรื่องเพศศึกษา การวางแผนครอบครัว หลักประกันสุขภาพ ความรู้ในการจัดการดูแลตนเอง การศึกษาของ Weiner และคณะ (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวี ใช้เครื่องมือการประเมินความพร้อมการเปลี่ยนผ่านที่สร้างขึ้นโดย Cappelli และคณะ (1989) โดยประเมินด้านความรู้เรื่องโรค การใช้ยา หลักประกันสุขภาพ และความรู้เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นความรู้ที่บอกถึงความพร้อมในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาของ Newland (2008) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในเด็กวัยรุ่นโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease นำแบบประเมินความรู้ในการเปลี่ยนผ่าน (The Transition Knowledge Questionnaire) มาประเมินความรู้เรื่องโรค แนวทางการรักษา อาการและอาการแสดง การติดต่อทางพันธุกรรม และความรู้ในการจัดการดูแลตนเอง จึงเห็นได้ว่าการประเมินความพร้อมในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น การป้องกันรักษา แหล่งข้อมูลความรู้ การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นส่วนสำคัญส่งผลให้เด็กสามารถจัดการดูแลตนเอง เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ต่อไปได้

การประเมินด้านสมรรถนะในการจัดการดูแลภาวะสุขภาพ อาการของโรค เป็นการประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านหนึ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยการศึกษาของบุญธรรม กักดีพรหม (2552) และ Cappelli และคณะ (1989) ได้ใช้แบบประเมินด้านสมรรถนะในการสังเกต และจัดการกับอาการของโรค การตัดสินใจแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน และสมรรถนะการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง มาประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในวัยรุ่นโรคเรื้อรัง และเด็กวัยรุ่นโรคปอดอุดกั้น (Cystic Fibrosis) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiner และคณะ (2007) และ Newland (2008) ประเมินสมรรถนะด้านการดูแลตนเอง ในเรื่องการมาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทางด้านจิตสังคม การพัฒนาสมรรถนะของตนเองในบทบาทความรับผิดชอบต่างๆ และการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ การศึกษาของ Betz และคณะ (2003) ประเมินสมรรถนะในการจัดการดูแลตนเอง เรื่องการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลตนเอง การจัดเก็บเอกสารและใบบันทึกที่สำคัญ สมรรถนะในการสังเกต การติดตามอาการและอาการแสดง สมรรถนะในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ รวมทั้งการจัดการกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ ดังนั้นการประเมินความพร้อมในด้านสมรรถนะการจัดการดูแลตนเอง และอาการของโรค จึงสามารถบอกถึงความสามารถในการดูแลรับผิดชอบตนเอง พัฒนาด้านการเจริญเติบโตของเด็กวัยรุ่นที่มีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้อย่างมั่นคง

การประเมินด้านการตระหนัก และการรับรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน เป็นการประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่า การประเมินการตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน เป็นการประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ ความเข้าใจในระบบการรักษาที่แตกต่างของการรักษาแบบเด็กและการรักษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านมีค่าน้อยที่สุด เท่ากับ 2.78 ($SD = .41$) สอดคล้องกับ McPherson และคณะ (2009) ศึกษาความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease โดยแบบประเมินการตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน เป็นการประเมินการให้ความสำคัญ ความคิดเห็นในการเปลี่ยนผ่าน ความรู้และความสนใจในการเปลี่ยนผ่าน ความคาดหวังในการเปลี่ยนผ่าน และการรับรู้ความสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้และความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการรักษา อยู่ในระดับต่ำ ($M= .88$, 95% CI 0.66-1.09) การรับรู้ความสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ อยู่ในระดับสูง ($M=2.72$, 95% CI 2.60-2.85) จากการศึกษา จะเห็นว่าการตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน ความรู้ในการเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน การประเมินด้านนี้จึงเป็นการประเมินภาวะจิตใจของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำมาวางแผนปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาได้

ดังนั้น ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจึงเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ พบว่าความพร้อมและความสำเร็จยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านตัวเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครอง บุคลากรทีมสุขภาพ และนโยบายต่างๆ รวมถึงกระบวนการเตรียมความพร้อมในระยะต่างๆ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางต่อการเปลี่ยนผ่าน ก็เป็นส่วนที่สำคัญเช่นกัน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมถึงหลักการต่างๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมในระยะก่อนการเปลี่ยนผ่าน

ด้านเด็กวัยรุ่นและครอบครัว ควรมีการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนการเปลี่ยนผ่าน คือ

1. การเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านควรมีการวางแผนล่วงหน้าก่อนเปลี่ยนผ่าน 2 ปี หรือตั้งแต่เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง และระยะพัฒนาการที่เป็นไปตามวัย แม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นตรงกันถึงการเริ่มต้นเตรียมความพร้อมโดยเร็วให้แก่เด็กเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น แต่การศึกษาต่างๆ ได้สรุปตรงกันว่า ไม่สามารถระบุอายุที่เหมาะสมในการเปลี่ยนผ่านได้ และไม่ได้ตัดสินใจในการเปลี่ยนผ่านโดยการยึดอายุเป็นเกณฑ์การตัดสินใจเพียงเท่านั้น (Baines, 2009; Cappelli, et al., 1989; Ferry & Moyer, 2008; Hait, et al., 2006; Kennedy, et al., 2007; Robertson, et al., 2006; Soanes & Timmons, 2004)

2. การเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ไม่ใช่เตรียมเฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ต้องเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจควบคู่กันไปด้วย (Cappelli, et al., 1989; Kennedy, et al., 2007; Lewis-Gary, 2001; Newland, 2008; White, 1999)

3. เด็กวัยรุ่นและครอบครัวต้องมีความตระหนักในเหตุและผลของการเปลี่ยนผ่าน มีความรู้และทักษะในกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ทราบประโยชน์ในการเปลี่ยนผ่าน และรู้ว่าจะต้องเปลี่ยนผ่านการรักษาเมื่อไร เพื่อให้เด็กวัยรุ่นและครอบครัวมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น (Ferry & Moyer, 2008; Lewis-Gary, 2001; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005; Soanes & Timmons, 2004)

4. เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังควรได้รับข้อมูลและความรู้ในโรคเรื้อรัง การดูแลตนเอง แผนการรักษา ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้และผลข้างเคียงของยา ภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลและพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง เช่น การใช้แอลกอฮอล์ ยาเสพติด เพศศึกษา (Betz, et al., 2003; Robertson, et al. 2006; Soanes & Timmons, 2004) โดยความรู้นั้นต้องมีความเฉพาะในแต่ละบุคคล (Personal information) มีความเหมาะสมกับแต่ละโรค (Cappelli, et al., 1989; Ferry & Moyer, 2008; Kennedy, et al., 2007)

5. เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังควรได้รับการเสริมสร้างให้เกิดทักษะในการดูแลและจัดการกับตนเอง (Ferry & Moyer, 2008; Kennedy, et al., 2007; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005) ดังนี้

- สามารถอธิบายอาการของโรคที่ตนเองเป็นให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาเข้าใจได้
- การสังเกตอาการข้างเคียงที่ผิดปกติจากการใช้ยา
- การสังเกตภาวะแทรกซ้อน วิธีการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจในการค้นหาแหล่งช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องในกรณีฉุกเฉิน
- การให้ความสำคัญในการมาตรวจตามนัดหมาย

6. การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้คลายความวิตกกังวล และพร้อมเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (Kennedy, et al., 2007; Robertson, et al., 2006; Tak & McCubbin, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ McDonagh (2005) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยให้เกิดความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาได้

7. การจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังในต่างประเทศ เช่น การพาเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเยี่ยมชมสถานที่ในคลินิกผู้ใหญ่ การให้คำแนะนำในบริการของคลินิกผู้ใหญ่เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ (McDonagh, 2005; Robertson, et al., 2006)

ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ ควรมีการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนการเปลี่ยนผ่าน (Betz, 2007; Betz, et al., 2003; Kennedy, et al., 2007; Lewis-Gary, 2001) คือ

1. การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ ให้เกิดความเข้าใจความพร้อมเด็กวัยรุ่นสู่การเปลี่ยนผ่าน ทราบวัตถุประสงค์ กระบวนการ ความต้องการของเด็กวัยรุ่นและครอบครัว เข้าใจทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อการเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้ความรู้และการดูแลได้อย่างเหมาะสม
 2. มีทักษะการประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นและครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรังและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเกิดความพร้อมก่อนการเปลี่ยนผ่าน
 3. การวางแผนร่วมกันในการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลทั้ง 2 ทีม คือ บุคลากรทีมสุขภาพเด็กและผู้ใหญ่ เพื่อการดูแลที่มีความต่อเนื่อง และตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการเปลี่ยนผ่าน
 4. บุคลากรทีมสุขภาพมีการเตรียมและบันทึกแผนการดูแลรักษา ประวัติการใช้ยา ข้อจำกัดของเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรังแต่ละราย รวมทั้งการตรวจสอบระบบประกันสุขภาพ เพื่อการส่งต่อข้อมูลในการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Blum, 2002; Hait, et al., 2006)
- ดังนั้นระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการเปลี่ยนผ่าน จึงมีความสำคัญต่อความพร้อมการเปลี่ยนผ่านการรักษาของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 2 ระยะการเปลี่ยนผ่าน (Kennedy, et al., 2007; Lewis-Gary, 2001; Robertson, et al., 2006; While, et al., 2004; Yeo & Sawyer, 2005) เป็นระยะแรกที่ได้วัยรุ่นต้องทำความคุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ การเปลี่ยนระบบการรักษา การเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา บุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งสถานที่ในการตรวจรักษา เด็กวัยรุ่นจะมีความวิตกกังวล กลัวการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เด็กและครอบครัวต้องปรับตัวหลายอย่าง ต้องเรียนรู้ระบบการดูแลที่เปลี่ยนไป เป็นระยะที่เด็กวัยรุ่นต้องการความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในการรักษา เช่น การได้รับข้อมูล แผนการรักษาที่ตรงกัน ความต่อเนื่องในระบบการดูแล ต้องการเบอร์โทรศัพท์หรือแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อมีอาการฉุกเฉิน บุคลากรทีมสุขภาพต้องมีความเข้าใจ มีการสื่อสารระหว่างเด็กวัยรุ่นครอบครัว รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความพร้อมในการสนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน จะทำให้เด็กวัยรุ่นและครอบครัวสามารถผ่านระยะนี้ไปได้อย่างราบรื่น

ระยะที่ 3 ระยะภายหลังการเปลี่ยนผ่าน

เด็กวัยรุ่นจะมีการนัดหมายเพื่อติดตามอาการทั้งกับบุคลากรทีมสุขภาพเด็กและผู้ใหญ่ จนกว่าทีมสุขภาพจะมีความมั่นใจในการเปลี่ยนผ่านไปสู่การดูแลกับบุคลากรทีมผู้ดูแลผู้ใหญ่อย่างเต็มตัว (Gelder, 2009; Robertson, et al., 2006) การศึกษาของ Robertson (2006) พบว่าระบบการ

ดูแลเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานของประเทศอังกฤษ เด็กวัยรุ่นจะมาตรวจตามนัดหมายเป็นระยะเวลา 2 ปี ภายหลังจากการเปลี่ยนผ่าน หลังจากนั้นมีการประเมินความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน โดยให้ตอบแบบสอบถามในประเด็นการเปลี่ยนผ่านสามารถตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก เพื่อเป็นการยืนยันความสำเร็จของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน จึงทำให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลมาปรับเปลี่ยนโปรแกรม และวางแผนการเปลี่ยนผ่านการรักษาต่อไป

ปัญหาและอุปสรรคของการเปลี่ยนผ่าน

ความล้มเหลวของกระบวนการเปลี่ยนผ่านในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เกิดจากปัญหาและอุปสรรคทั้งจากตัวเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ และนโยบายหรือระบบบริการสุขภาพ ส่งผลทำให้ไม่เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน และทำให้การเปลี่ยนผ่านไม่ประสบความสำเร็จตามมา (Sawyer, Blair, & Bowes, 1997; Shaw, Southwood, & McDonagh, 2004) ผู้วิจัยได้สรุปถึงปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. การกำหนดแนวทางการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านไม่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดแนวทางร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมผู้ดูแลเด็กและผู้ใหญ่ ขาดการดูแลที่ต่อเนื่องภายหลังจากการเปลี่ยนผ่าน เกิดช่องว่างในกระบวนการเปลี่ยนผ่าน (Kennedy, et al., 2007; Sawyer, et al., 1997) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kipps, et al. (2002) พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานที่มาตรวจตามนัดก่อนการเปลี่ยนผ่าน 94% แต่จะค่อยๆ ลดลงในช่วง 2 ปี ที่เปลี่ยนผ่านการรักษาเป็น 57% เป็นผลมาจากการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยในระยะก่อนการเปลี่ยนผ่านไม่มีความชัดเจน หรือเด็กวัยรุ่นไม่มีโอกาสได้พบบุคลากรทีมผู้ดูแลผู้ใหญ่ก่อนการเปลี่ยนผ่าน
2. บุคลากรทีมสุขภาพขาดการตระหนักในการเปลี่ยนผ่าน ไม่มีความรู้และทักษะในการวางแผนการดูแลเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังในการเปลี่ยนผ่าน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน (Kennedy, et al., 2007; Lewis-Gary, 2001) ประกอบกับมีจำนวนผู้ป่วยผู้ใหญ่ในระบบบริการสุขภาพจำนวนมาก ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพ ไม่ได้ให้การดูแลเด็กวัยรุ่นได้อย่างทั่วถึง จึงทำให้เด็กวัยรุ่นมีความสนิทสนมกับบุคลากรทีมผู้ดูแลผู้ใหญ่ไม่มากนัก ทำให้การเปลี่ยนผ่านไม่ประสบความสำเร็จ (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Jones & Hamilton, 2008)
3. เด็กวัยรุ่นได้รับการเตรียมความพร้อมไม่เหมาะสมและเพียงพอ มีความรู้สึกลดต่ำ กระบวนการเปลี่ยนผ่าน รู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นตัวคุกคามความมั่นคง รู้สึกหวาดระแวงไม่เชื่อใจสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเด็กวัยรุ่นไม่มีความพร้อมเรื่องความรู้ ทักษะการจัดการดูแลภาวะสุขภาพ จึงทำให้ไม่เกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านและเกิดความล้มเหลว (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Fleming, Carter, & Gillibrand, 2002; Sawyer, et al., 1997) สามารถประเมินได้จากเด็กวัยรุ่นที่ไม่มาตรวจตามนัดหมายหลังจากเปลี่ยนผ่านไปสู่วินิจฉัย

ผู้ใหญ่ (Sawyer, et al., 1997; Wiener, et al., 2007) การศึกษาของ Kennedy และคณะ (2007) พบว่ามีการเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเพียงร้อยละ 29 กระบวนการเปลี่ยนผ่านจึงเกิดความล่าช้า และพบเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานอายุ 16-25 ปี ในประเทศอังกฤษที่ไม่มาตรวจตามนัดหมายภายหลังเปลี่ยนผ่านการรักษาไปคลินิกผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 40 (Fleming, et al., 2002)

4. ครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม มีความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนผ่าน คิดว่าการเปลี่ยนผ่านเป็นระยะที่ก้าวไปสู่การเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน กังวลถึงการเสียชีวิต (Fleming, et al., 2002) ไม่ไว้วางใจในทีมการดูแลที่เปลี่ยนไปจากเดิม ทำให้การเปลี่ยนผ่านเกิดความล่าช้า และไม่พร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่าน (Freyer & Brugieres, 2008; Kennedy, et al., 2007)

การศึกษากครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของ บุญธรรม ภัคดีพรหม (2552) ที่ดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมของ Betz และคณะ (2003) Cappelli และคณะ (1989) Newland (2008) และ Wiener และคณะ (2007) มาใช้ประเมินเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการประเมินที่มีความครอบคลุมทั้งในด้านความรู้ พฤติกรรม สมรรถนะการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง และภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีการประเมินการรับรู้ และความตระหนักในการเปลี่ยนผ่าน จึงเป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมในการประเมินความพร้อมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังในประเทศไทย และมีความน่าเชื่อถือโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อที่ประเมิน คือ

- 1) ความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน โดยจะประเมินเรื่องของความรู้และความเข้าใจในการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ และความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน
- 2) ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา เป็นการประเมินความรู้ในเรื่องโรค การใช้ยา ผลข้างเคียงของยา และเข้าใจในการตรวจรักษาต่างๆ
- 3) สมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค ประเมินความสามารถและพฤติกรรมในการจัดการกับอาการของโรคทั้งในภาวะปกติและมีความผิดปกติ เช่น ภาวะฉุกเฉิน
- 4) สมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง เช่น การมาตรวจตามนัด การใช้ยา และการอธิบายปัญหาสุขภาพให้แพทย์และพยาบาลได้รับทราบ

ดังนั้น ในการประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องประเมินความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมและสมรรถนะในการจัดการที่เป็นระบบและเหมาะสม รวมทั้งการทราบถึงปัจจัยต่างๆที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน จะทำให้นักลากรทีมสุขภาพเกิดความเข้าใจ และสามารถส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นและครอบครัวเกิดการความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการรักษาต่อไป

ปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ในการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง พบว่ามีงานวิจัยที่อธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอยู่หลายงานวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวทางการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้อง นำมาเชื่อมโยงกับงานวิจัย เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจในการเปลี่ยนผ่านการรักษาที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยมากขึ้น โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะกล่าวถึงปัจจัยในแต่ละด้าน ดังนี้

ปัจจัยด้านการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กโรคเรื้อรัง

การให้ความหมาย (Meaning) ตามพจนานุกรมและสารานุกรม ได้ให้ความหมายเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) การอธิบายหรือบอกลักษณะของสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งในรูปธรรมและนามธรรม 2) เป็นการให้สัญลักษณ์ด้วยวิธีการเปรียบเทียบกับสิ่งต่างๆ 3) เป็นการตั้งเป้าหมายของการกระทำหรือวัตถุประสงค์ 4) การให้ความหมายโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 5) การให้ความหมายโดยคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น 6) การให้ความหมายโดยให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจน และเข้าใจในสิ่งนั้น (เนตรชนก ต่วน, 2542)

การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย (Meaning) หมายถึง การอธิบายถึงความเข้าใจของบุคคลในเรื่องนั้น ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจ ที่จะสามารถเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคได้ (อูมา จันทวิเศษ, 2539) โดยเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีการรับรู้ ให้ความหมายต่างกันไป การอธิบายความหมายของการเจ็บป่วย มีผลจากความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม บทบาททางสังคม การศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ในอดีตต่อการเจ็บป่วย (Kleinman, Eisenman, & Good, 1978) ซึ่งการศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ (2539) ได้อธิบายการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 18 คน เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ และมีการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน จะส่งผลให้เกิดการตอบสนองที่แตกต่างกันด้วย เช่น ความสามารถในการทำงานลดลง (ร้อยละ 72.22) ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทและหน้าที่ (ร้อยละ 50) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (ร้อยละ 72.22) และผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (ร้อยละ 22.22) ดังนั้นการให้ความหมายกับโรคที่เป็นจึงมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคนั้นเช่นกัน (Smith, 1972)

การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งเป็นความรู้สึกรั้งแรกที่รับรู้ถึงความไม่เป็นปกติของร่างกาย ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น จะแสดงออกด้วยการตอบสนองจากความรู้สึกของร่างกาย เช่นการเจ็บปวด หนาวสั่น หรือการเปลี่ยนแปลงการทำงาน เช่น เหนื่อย อ่อนล้า แขนขาอ่อนแรง โดยการให้ความหมายของผู้ป่วยแต่ละคนจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต การแสดงออกที่แตกต่างกัน และการปรับตัวกับความผิดปกติของร่างกาย (Toombs, 1993)

ดังนั้น สรุปการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลในเรื่องนั้น ซึ่งเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีการรับรู้ ตีความและการให้ความหมายที่ต่างกันไป การอธิบายความหมายของการเจ็บป่วย จึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตของแต่ละคนที่มีต่อการเจ็บป่วย ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม บทบาททางสังคม การศึกษา และอาชีพของแต่ละคน หรือผันแปรตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีต่อการเปลี่ยนผ่าน (เรณู พุกบุญมี, 2543) โดยร่างกายจะมีการตอบสนองหรือเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ต่างๆ เช่น ความอ่อนล้าของร่างกาย แขนขาอ่อนแรง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนจากการให้ความหมายของตน โดยปัจจัยการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เป็นมโนทัศน์ที่ 2 ของกรอบแนวคิดทฤษฎี

งานวิจัยได้ศึกษาถึงการให้ความหมายของโรคเรื้อรังในหลายๆด้าน ซึ่งด้านหนึ่งที่ศึกษาคือการให้ความหมายของโรคเรื้อรังที่จะส่งผลกับการดูแลตนเองและการรักษา โดยการศึกษาของ นริสา ศรีลาชัย (2540) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิง ให้ความหมายตามลักษณะของอาการและอาการแสดง โดยการให้ความหมายเกิดจากประสบการณ์หรือความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคที่เป็น ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตหรือไม่ การให้ความหมายกับโรคของแต่ละบุคคลจึงเป็นการแสดงออกถึงการแสวงหาข้อมูล การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองเพื่อปรับตัวและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงเห็นได้ว่าถ้าบุคคลมีการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังในทางบวก ไม่คิดว่าเป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินชีวิต จะมีการตอบสนองการแสดงพฤติกรรมในทางที่จะแสวงหาข้อมูล และการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรชนก ด่วน (2542) ที่ศึกษาการให้ความหมายกับโรคเอส แอล อี ในผู้ป่วยเพศหญิง จำนวน 107 ราย การยอมรับตนเอง มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยให้ความหมายกับโรคในทางบวก จะให้ความร่วมมือในการรักษา คือ การรับประทานยา และการดูแลผิวหนังที่ดี ($r = .510$ และ $r = .478$) แสดงว่าการให้ความหมายกับโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง จึงสามารถส่งผลในการดูแลภาวะสุขภาพของตน

เนตรฐานากลม และคณะ (2550) ศึกษาเชิงบรรยายถึงการรับรู้และความรู้สึก ภาวะโศกเศร้าในเด็กป่วยโรคเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต พบว่าเด็กจะให้ความคิดเห็นและรับรู้การเจ็บป่วยโรคเรื้อรังว่าทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มองการเป็นโรคเรื้อรังว่าทำให้ความเป็นตัวของตัวเองลดลง แสดงออกด้วยการพึ่งพาบิดามารดา ในทางตรงข้ามเด็กที่เจ็บป่วยบางราย เข้าใจการเจ็บป่วย มีการปรับตัวและมีพฤติกรรมการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับ Lowes (2008) ศึกษาในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 ที่ให้ความหมายกับการฉีดอินซูลินและการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วว่าเป็นเรื่องสร้างความยุ่งยากกับตนเองและบิดามารดา รับรู้ถึงการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นเรื่องน่ากลัว ในขณะที่เดียวกันให้ความหมายและความสำคัญกับเรื่องความรู้เรื่องเบาหวาน มองว่าเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้สามารถดูแลตนเอง ปรับตัวและจัดการกับโรคได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดีของตนเอง ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า เมื่อเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้และให้ความหมายกับโรคเรื้อรังที่เป็นไม่ได้มีความร้ายแรง จึงน่าจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี แสดงพฤติกรรมในทางแสวงหาข้อมูลและความรู้ ซึ่งน่าจะส่งผลให้เกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาได้

ดังนั้น การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง จึงเป็นปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยเป็นการอธิบายถึงการรับรู้ และการให้ความหมายที่แตกต่างกันของบุคคลในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่ามีความร้ายแรงมากน้อยแค่ไหน โดยการตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งเมื่อบุคคลมีความเข้าใจและแสดงออกในทางที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านตามมาได้

ปัจจัยด้านเศรษฐฐานะทางสังคมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กโรคเรื้อรัง

เศรษฐฐานะทางสังคม (Socio-economic) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มคนต่างๆ เพื่อเพิ่มประสบการณ์และความรู้ บุคคลมีสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ดีและเหมาะสมได้ (Pender, 1987) โดยเศรษฐฐานะทางสังคมได้ถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมว่า หมายถึงการประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว เป็นการประเมินทางด้านวัตถุ นอกจากนี้ยังหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความมั่นคงในอาชีพการงาน (วรรณธิดา อิมสุคใจ, 2540; Zhan, 1992)

ในครอบครัวของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมที่ดี หรือมีรายได้สูง จะทำให้เข้าถึงทรัพยากรแหล่งข้อมูลที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กวัยรุ่นและครอบครัวสามารถค้นหา

จัดเตรียมยา อุปกรณ์ในการรักษาและดูแลตนเอง ตอบสนองความต้องการของบุตรเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง อาการของโรคลดลง ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่ครอบครัวที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี หรือรายได้ต่ำ มักจะขาดการสนับสนุนในด้านต่างๆ มีความจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรชุมชนที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพ กล่าวได้ว่าเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัวให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านตามมา (สุดใจ สมิทธิการ, 2541; Betz, 2007; Cockerham, 2001; Geerts, et al., 2008; Palmore & Luikart, 1972; Pender, 1987; Robertson, et al., 2006) โดยปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic) เป็นมโนทัศน์ที่ 2 ของกรอบแนวคิดทฤษฎี

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของ สุดใจ สมิทธิการ (2541) พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษา และรายได้ครอบครัวยังของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ช่วงอายุ 7-13 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังในวัยรุ่นได้ร้อยละ 30.37 ซึ่งงานวิจัยนี้อธิบายผลความสัมพันธ์ได้ว่า ครอบครัวที่มีรายได้สูง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กวัยรุ่น ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต และเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Intarasomchai (2004) พบว่า รายได้ของผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป หลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .165, p < .05$) งานวิจัยนี้อธิบายผลว่า รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลหนึ่งที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต โดยผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจและสังคมระดับสูง จะมีโอกาสได้รับการบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมเพียงพอมากกว่าผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำ และผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำจะมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รู้สึกไม่สามารถจัดการและขาดแคลนโอกาสในการดูแลภาวะสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงเห็นได้ว่างานวิจัยที่ศึกษาในข้างต้น ตัวชี้วัดที่ศึกษาได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกับกรอบแนวคิดทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว พบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กโรคเรื้อรังเป็นตัวชี้วัดการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ รวมทั้งสามารถส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยกล่าวได้ว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจะประเมินได้ถึงที่เด็กวัยรุ่นมีการดูแลภาวะของโรคเรื้อรังได้ดี ซึ่งทำให้เกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาได้ดีตามมา (Betz, 2007; Geerts, et al., 2008; Robertson, et al., 2006)

Weissberg-Benckell และคณะ (2007) พบว่า เศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ โดยในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีเศรษฐกิจระดับกลางและระดับสูงจะมีโอกาสที่จะได้รับการดูแลรักษาดีกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีเศรษฐกิจระดับต่ำ หรือมีโอกาสนในการเข้าถึง

การรักษาที่มีความพร้อมมากกว่า ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นมีสภาพแวดล้อมและความพร้อมในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ดี ซึ่งจะทำให้เด็กสามารถพัฒนาไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ได้เร็ว มีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน และประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McPherson และคณะ (2009) ได้ศึกษาความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease ช่วงอายุ 14-20 ปี พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านได้

ดังนั้น เศรษฐกิจและสังคม จึงเป็นปัจจัยหนึ่งของกรอบแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่นำปัจจัยด้านนี้มาทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาของเด็กโรคเรื้อรัง แต่เนื่องจากมีวรรณกรรมที่ศึกษาในปัจจัยด้านนี้จำกัด ผู้วิจัยจึงพิจารณาและทบทวนปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างลึกซึ้ง และนำมาศึกษาเพื่อสนับสนุนปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับกรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงกับการวิจัยในการทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

ปัจจัยด้านอายุทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กโรคเรื้อรัง

อายุของเด็กวัยรุ่น เป็นปัจจัยที่มีผู้ศึกษาอยู่หลายงานวิจัย และพบว่าอายุมีความสำคัญต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ โดยควรมีการวางแผนการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านล่วงหน้า ตั้งแต่เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านอายุสามารถทำนายความพร้อมและความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่านได้ แต่ในบางงานวิจัยกลับพบว่า ไม่สามารถระบุอายุที่เหมาะสมและชัดเจนในการเปลี่ยนผ่านและไม่ได้ตัดสินใจในการเปลี่ยนผ่านโดยการยึดที่อายุช่วงใดช่วงหนึ่งเป็นเกณฑ์ตัดสินใจอย่างเด็ดขาดนั้น (Baines, 2009; Cappelli, et al., 1989; Ferry & Moyer, 2008; Hait, et al., 2006; Kennedy, et al., 2007; Robertson, et al., 2006; Soanes & Timmons, 2004; White, 1999; Yeo & Sawyer, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านอายุมาทำการศึกษาในครั้งนี้

มีการนำปัจจัยด้านอายุมาศึกษาร่วมกับปัจจัยด้านเพศหลายงานวิจัย พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมและความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่านในเด็กวัยรุ่นผ่าตัดเปลี่ยนไต โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง และโรคข้อ (McDonagh, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ McPherson และคณะ (2009) ศึกษาปัจจัยด้านอายุ พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease ช่วงอายุ 17-20 ปี มีความรู้เรื่องโรค ความสนใจในการเปลี่ยนผ่าน และมีความพร้อมมากกว่าเด็กวัยรุ่นช่วงอายุ 14-16 ปี และปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีความรู้เรื่องโรค ความสนใจในการเปลี่ยนผ่านไม่แตกต่างกัน การศึกษาปัจจัยด้านอายุของ Hait และคณะ (2006) ช่วงอายุ

14-16 ปี ของผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินอาหาร เป็นช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยน ซึ่งการเตรียมความพร้อมในช่วงอายุที่เหมาะสมจะส่งผลต่อความสำเร็จที่มั่นคงในการเปลี่ยนผ่าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Paterson & Brewer (2009) อายุที่ควรเริ่มให้ความรู้และควรเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยเด็กเบาหวาน ได้แก่ ช่วงอายุ 13-15 ปี เนื่องจากเด็กวัยนี้ เป็นวัยที่เริ่มมีความรับผิดชอบ เริ่มจัดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการทบทวนวรรณกรรมอีกหลายงานไม่ได้ระบุช่วงอายุที่ชัดเจน แต่อธิบายถึงการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจะเริ่มก่อนการเปลี่ยนผ่าน 2 ปี (Kennedy, et al., 2007; Weissberg-Benckell, et al., 2007) แต่ในทางตรงกันข้าม การศึกษาของ Newland (2008) พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$)

ดังนั้น ปัจจัยด้านอายุ มีการอภิปรายผลแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่อธิบายถึงปัจจัยด้านอายุสามารถทำนายความพร้อมและความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่าน ถึงแม้จะพบว่ามีผลแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัยที่ควรเริ่มให้ความรู้และควรเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านอายุมาเป็นตัวแปรหนึ่งที่ศึกษา เพื่อทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรัง โดยได้ศึกษาในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ช่วงอายุ 13-18 ปี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ช่วงอายุ 13-15 ปี และ 16-18 ปี เนื่องจากอายุ 13 ปี เป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น เด็กสามารถเข้าใจเหตุผล จัดการดูแลตนเองได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมได้กล่าวถึงการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านควรเริ่มก่อนการเปลี่ยนผ่าน 2 ปี จึงเลือกผู้ป่วยที่อายุดังกล่าว จนถึงอายุ 15 ปี ที่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นจะต้องเปลี่ยนแปลงการตรวจรักษาไปคลินิกผู้ใหญ่ตามนโยบายของโรงพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติจริง ยังมีเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังช่วงอายุ 16-18 ปี ที่ตรวจรักษาอยู่ในคลินิกเด็ก รวมทั้งนโยบายของโรงพยาบาลศิริราช ได้กำหนดการเปลี่ยนผ่านการรักษาอย่างสมบูรณ์เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังมีอายุ 18 ปี จึงกำหนดช่วงอายุที่ศึกษาไม่เกิน 18 ปี สำหรับปัจจัยด้านเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมได้ให้ข้อสรุปตรงกันเป็นส่วนใหญ่ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชายที่ส่งผลต่อความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน จึงไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยด้านความวิตกกังวลทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กโรคเรื้อรัง

ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่แสดงออกมาเมื่อมีความกลัว ความเครียด ความหวาดหวั่น ความไม่สบายใจกระวนกระวายใจ ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้มีการทำงานเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Spielberger, et al., 1977) และ Stuart (1995, 2001) ได้อธิบายความหมายของ

ความวิตกกังวลจากรากศัพท์ในภาษากรีก “anxiety” หมายถึง ความลำบากจากการบีบบังคับ หรือในภาษาละติน หมายถึงการบีบคั้น ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บปวดเฉียบพลัน การต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ การเป็นโรค หรือความโศกเศร้า โดยความวิตกกังวลจะเป็นความรู้สึกตอบสนองมาจากการถูกคุกคามภาพลักษณ์ ความมีคุณค่า หรือความเป็นตัวตนของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน ไม่สบายใจ กระสับกระส่าย ตื่นกลัวในบางอย่างไม่แน่นอน ไม่มั่นคงในอนาคตหรือไม่มั่นใจในเหตุการณ์ล่วงหน้า (อรพรรณ ลือบุญ รัชชัย, 2549)

ประเภทของความวิตกกังวล Spielberg (1977, 1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety) คือความวิตกกังวลประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะคงที่ แสดงออกมาในลักษณะของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลแบบแฝงนี้จะเกิดขึ้นกับสถานการณ์ต่างๆ ไปอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานจนเกิดเป็นนิสัยประจำตัว และเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นทำให้สถานการณ์นั้นมีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ในเด็กวัยรุ่นที่มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น จึงเป็นลักษณะนิสัยประจำตัวของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอยู่แล้ว

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ เป็นภาวะที่ตึงเครียด บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่สังเกตได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้น เช่น ไม่สุขสบาย มีความกระวนกระวาย กระสับกระส่าย ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานตื่นตัวมากขึ้น ในแต่ละบุคคลจะมีความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละคน

ระดับความวิตกกังวล สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั้งในด้านความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกได้เป็น 4 ระดับ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549; Peplau, 1963)

1. ความวิตกกังวลระดับน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่พบได้ในบุคคลทั่วไป แสดงพฤติกรรมออกมาในระดับเล็กน้อย เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ไม่สุขสบาย ซึ่งความวิตกกังวลนั้นจะกระตุ้นให้บุคคลมีการตื่นตัว และเกิดการค้นคว้าเรียนรู้เพิ่มขึ้น

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้การรับรู้ของบุคคลแคบลง แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ตึงเครียด เหงื่อออก ปวดศีรษะ เข้าใจข้อมูลต่างๆ ลดลง พยายามควบคุมตนเองมากขึ้น และแก้ไขปัญหาลดลง

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) บุคคลมีการรับรู้ลดลง มีความตึงเครียด สับสน มีอาการปวดศีรษะ สมาธิในการรับฟังปัญหาและข้อมูลต่างๆ ลดลง ครุ่นคิดหมกมุ่นในรายละเอียดมากเกินไป จนไม่สามารถเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic anxiety) บุคคลจะมีความรับรู้ที่ไม่ตรงกับความจริง สูญเสียความนึกคิดที่เป็นเหตุเป็นผล แสดงอาการสับสน โวยวาย ตื่นตระหนกหวาดกลัว ไม่สามารถสื่อสารหรือควบคุมการทำงานของร่างกายตนเองได้ บางรายอาจมีอาการประสาทหลอนเป็นลมได้

เด็กวัยรุ่นเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เป็นมาแต่กำเนิด ทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดความรู้สึกกลัว มีความไม่แน่นอนและไม่มั่นคงในอนาคต ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเป็นลักษณะนิสัยของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (Trait anxiety) เมื่อมีสิ่งคุกคามจะเป็นการเสริมให้ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ (State anxiety) มีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดความวิตกกังวลเป็นระยะเวลานานๆ จึงอาจส่งผลให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะนิสัยประจำตัวหรือมีความวิตกกังวลแบบแฝงในระดับสูงขึ้นได้ (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551; Geerts, et al., 2008; Spielberger, et al., 1977)

ความวิตกกังวลของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เป็นภาวะทางด้านจิตใจที่สามารถส่งผลกระทบต่อร่างกาย และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ขณะเดียวกันการเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ ยิ่งทำให้เกิดความยุ่งยากและความซับซ้อนในการปรับตัวกับเด็กเพิ่มมากขึ้น เด็กวัยรุ่นเกิดความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความไม่พร้อมในด้านความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง จัดการดูแลภาวะของโรค และการเปลี่ยนผ่านการรักษา เป็นต้น ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะส่งผลกระทบต่อความพร้อมและความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่าน (Geerts, et al., 2008; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005; Yeo & Sawyer, 2005)

ปัจจัยด้านความวิตกกังวล จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจศึกษา โดยการศึกษาของ Wiener และคณะ (2007) ได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger (1983) มาศึกษาความวิตกกังวลในเด็กวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ ($r = -.35, p < .05$) เห็นได้ว่า เด็กวัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลลดลง จะทำให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านเพิ่มขึ้นได้ การศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่าความวิตกกังวลของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Soanes & Timmons (2004) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังช่วงอายุ 14-17 ปี จำนวน 7 คน โดยศึกษาทัศนคติ ความต้องการของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ต้องเผชิญกับการ

เปลี่ยนผ่าน พบว่า ความวิตกกังวลในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านการรักษา และการเตรียมความพร้อมก่อนการเปลี่ยนผ่านที่ดีจะช่วยคลายความวิตกกังวลได้ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนตรงกันว่า ปัจจัยด้านความวิตกกังวลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกับการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ในเด็กโรคเรื้อรัง (LoCasale-Crouch & Johnson, 2005; While, et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมโดยส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยด้านความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับต่ำ จะมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ดี ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านความวิตกกังวลของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง และการได้รับข้อมูลในการเปลี่ยนแปลงระบบการรักษา หรืออยู่ในช่วงเวลาที่ต้องเตรียมตัวเพื่อการเปลี่ยนผ่านมาศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กโรคเรื้อรัง

การรับรู้คุณค่าในตนเอง (Self esteem) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ขอบเขตที่บุคคลแต่ละคนเชื่อกับความสามารถ แสดงออกมาโดยทัศนคติที่มีต่อตนเอง เป็นความรู้สึกยอมรับว่าตนเองมีความสำคัญและมีคุณค่า สามารถกระทำการต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ และแสดงออกมาทางพฤติกรรม น้ำเสียง คำพูด และท่าทาง การรับรู้คุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลสามารถสร้างเสริมได้ หากมีผู้ให้คุณค่า ให้ความสำคัญและให้การยอมรับ (Coopersmith, 1981, 1984)

Rosenberg (1965) กล่าวถึงการรับรู้คุณค่าในตนเอง หมายถึง ทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เป็นการประเมินตนเอง พึงพอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ความสำคัญ การรับรู้คุณค่าในตนเองจะพัฒนามาตั้งแต่ในวัยเด็ก เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นๆ ความมีคุณค่าในตนเองจะมีสูงขึ้น

การรับรู้คุณค่าในตนเอง จำแนกเป็นองค์ประกอบ 4 ประการดังนี้ (มณีรัตน์ สมปอง, 2548; Coopersmith, 1981)

1) ความสำคัญ (significance) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่จะยอมรับการมีคุณค่าของตนเอง เป็นที่รักของบุคคลอื่น และขณะเดียวกันก็เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ซึ่งการเสริมสร้างความรู้สึกมีความสำคัญหรือการมีคุณค่า ส่วนใหญ่เกิดจากบิดามารดาส่งเสริมและสนับสนุนความต้องการ ตั้งแต่ในวัยเด็ก จึงช่วยให้เด็กมีทัศนคติที่ดี

2) ความสามารถ (competence) การรับรู้การมีคุณค่าจากการทำงานต่างๆ ได้อย่างสำเร็จ มีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญกับอุปสรรคได้อย่างมั่นคง และมีการปรับตัว

3) คุณความดี (virtue) การยึดมั่นในศีลธรรมจรรยา หลักธรรมคำสั่งสอน การที่เด็กจะมีทัศนคติในทางบวก มองโลกในแง่ดี ขึ้นอยู่กับการปลูกฝังและการสร้างค่านิยมของสังคมจากครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองตรงตามความเป็นจริง

4) พลังอำนาจ (power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตของตน บุคคลอื่นๆ หรือมีผลต่อเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำที่จะส่งผลต่อความสำเร็จ

ดังนั้น ในบุคคลที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น ร่างกายมีความอ่อนแอและการเปลี่ยนแปลง จะทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป และความสามารถในการจัดการลดลง จึงทำให้การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (Boonphadth, 2005; Pensiero & Adams, 1987) อาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่ไม่มีความสามารถ จะมีความวิตกกังวล ไม่มีคุณค่าในตนเอง รู้สึกไม่ดีต่อความผิดพลาดของตนเอง หลีกเลี่ยงสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ในขณะที่บุคคลรับรู้คุณค่าในตนเองสูง จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันการเจ็บป่วย เห็นคุณค่าการมีสุขภาพที่ดี ปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นการลดความเสี่ยงจากการเกิดโรค (มณีนรัตน์ สมปอง, 2548; Coopersmith, 1981)

การรับรู้คุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในบุคคล แสดงออกมาโดยทัศนคติที่มีต่อตนเอง การประเมินตนเอง รับรู้ความสามารถของตน โดยเด็กวัยรุ่นที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง จะมีความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งจะเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและตรงตามความเป็นจริง (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wanachotitragul (2004) ได้ศึกษาเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 7-12 ปี พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองสูงสามารถส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้

McDonagh (2000) พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นโรคไตวายระยะสุดท้าย และโรคข้ออักเสบ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมและความสำเร็จของการเปลี่ยนการรักษาไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ การศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38, p < .01$) สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายงาน อธิบายปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ (Baines, 2009; Berntsson, Berg, Brydolf, & Hellstrom, 2007)

การศึกษาของ Kromvongkon (2002) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นช่วงอายุ 19-22 ปี ที่สูญเสียแขนและ/หรือขา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = .453, p < .01$) และสามารถร่วมอธิบายความผันแปรภาวะสุขภาพของวัยรุ่นได้ร้อยละ 28.60 ($p < .01$) เห็นได้ว่า เด็กวัยรุ่นที่สูญเสียแขนและ/หรือขา มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับ Narit (2007) ซึ่งพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = .409$, $p < .05$) และการศึกษาของ Intarasomchai (2004) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยอายุ ตั้งแต่ 15 ปี หลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($r = .647$, $p < .01$) ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองทางบวก จะช่วยส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดี เกิดความพึงพอใจในระดับที่ดี พร้อมทั้งจะเรียนรู้ เชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพ และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ดี ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งถือเป็นดัชนีสำคัญในการชี้วัดถึงความพร้อมและความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ ปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองจึงน่าจะสามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กโรคเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นนิพจน์ที่ 2 ของกรอบแนวคิดทฤษฎีที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยมีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ดังเช่น

House (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุน เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรัก ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การเงิน สิ่งของแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และการประเมินผล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การได้รับความรัก ความไว้วางใจและความเห็นอกเห็นใจ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ เช่น การชมเชย การให้คำแนะนำ 3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) การได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม และข้อมูลความรู้ต่างๆ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือในด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน

Cobb (1976) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีผู้ที่เอาใจใส่ ให้ความรักใคร่ เห็นคุณค่าในตัวของตน และให้ความสำคัญโดยเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นๆ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) การได้รับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ได้รับการยกย่อง 3) การสนับสนุนทางด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaffer (2004) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือกันของบุคคลในสังคม ยอมรับในพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และให้คำแนะนำแก่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support) 4) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support)

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ที่ได้รับการตอบสนองในด้านต่างๆ ที่บุคคลต้องการและพึงพอใจ โดยการได้รับความรัก การเห็นคุณค่าในตัวของตน การยอมรับ และการช่วยเหลือด้านข่าวสาร สิ่งของ และคำแนะนำต่างๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของเด็กวัยรุ่น ส่งผลกระทบโดยตรงกับเด็กทางด้านร่างกายและจิตใจ เด็กวัยรุ่นต้องการการดูแลเอาใจใส่ ความรักจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนแรกที่มีความสำคัญ (House, 1981) การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น กลุ่มเพื่อนญาติพี่น้อง รวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล ได้รับคำแนะนำและการยอมรับของบุคลากรทีมสุขภาพ จะช่วยให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นต่อการเจ็บป่วย เกิดความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547; Fleming, et al., 2002) ขณะเดียวกันการเผชิญสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านการรักษา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นควบคู่กับความเจ็บป่วย ซึ่งเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัวต้องเรียนรู้ และปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง การได้รับการสนับสนุนที่ดี และข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ จะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Betz, 2004; Lowes, 2008; Tak & McCubbin, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Betz (2004) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นพื้นฐานสำคัญของความเข้าใจในพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเด็กวัยรุ่นโรคหัวใจต้องการแรงสนับสนุนจากบิดามารดา สมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .39, p < .01$) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความพร้อมและความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาเช่นกัน (McDonagh, 2005; While, et al., 2004)

นอกจากนั้น พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในเด็กวัยรุ่น โดยการศึกษาของ งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง กับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ($r = .64, p < .05$) และสามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 40.5 ($p < .05$) การศึกษา

ของ อารีย์ มั่งเกษรติสกุล (2543) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ($r = .44, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจารณ์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ($r = .52, p < .001$) ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของเด็กโรคเรื้อรัง ซึ่งการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ในเด็กวัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดปัญหาต่อภาวะสุขภาพและจิตใจ แต่ขณะเดียวกันเด็กวัยรุ่นที่สามารถปรับตัวได้ดี พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งได้รับการสนับสนุนควบคู่กันไป จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ซึ่งน่าจะส่งผลให้มีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน

การศึกษาของ Sarajarvi และคณะ (2006) พบว่า เด็กโรคเรื้อรังและครอบครัวมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสาร ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบิดามารดา จะช่วยให้เด็กโรคเรื้อรังสามารถเผชิญปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเข้มแข็ง การศึกษาของ Paterson & Brewer (2009) และ Fleming และคณะ (2002) ได้อธิบายปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมว่าสามารถส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานได้ด้วยเช่นกัน

ดังนั้น ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปัจจัยเงื่อนไขทางด้านชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมของเด็กวัยรุ่นเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกและสามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้

นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรค ความรุนแรงของโรค และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยพบว่า เด็กวัยรุ่นโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease มีระดับความรุนแรงของโรคโดยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 0-2 ครั้ง มีความสนใจในการเปลี่ยนผ่าน มีความพร้อมมากกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีระดับความรุนแรงของโรคโดยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง ($p = 0.043$) และพบว่า ด้านความรู้และความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ($M = .88, 95\% \text{ CI } 0.66-1.09$) การรับรู้ความสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่อยู่ในระดับสูง ($M = 2.72, 95\% \text{ CI } 2.60-2.85$) (McPherson, et al., 2009) การศึกษาของ Newland (2008) พบว่า ความรู้เรื่องโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.22, p < .01$) ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .31, p < .01$) แตกต่างจากการศึกษาของ Wiener และคณะ (2007) พบว่า ความรุนแรงของโรคในเด็กวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยด้านระยะเวลาในการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล มี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษา ($r = -.32, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ While และคณะ (2004) อธิบายว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยส่งผลต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน ขณะที่การศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) อธิบาย ปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมการเปลี่ยนผ่าน ($r = .03, p > .05$) เห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวมีการอธิบายที่แตกต่างกัน งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคใดโรคหนึ่ง หลักเกณฑ์ที่ใช้ประเมินความรุนแรง ความรู้และระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ใช้หลักเกณฑ์ของโรคนั้น จึงทำให้ไม่สามารถนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาในงานวิจัยนี้ได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่โรคเดียวกันทั้งหมด หลักเกณฑ์การประเมินจึงมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลในการแปลผลการศึกษามาได้

จากปัจจัยที่ได้กล่าวทั้งหมด ได้แก่ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งการเปลี่ยนผ่านการรักษา ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญต่อกระบวนการรักษาโรคเรื้อรังของผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่เกิดควบคู่กับภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจึงมีความซับซ้อนในการดูแลตนเอง ความยากลำบากในการปรับตัว รวมทั้งความไม่มั่นคงทางด้านจิตสังคม ซึ่งทั้งหมดล้วนส่งผลกับภาวะสุขภาพและความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในเด็กโรคเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องยาวนาน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นเด็กวัยรุ่นในช่วงอายุ 13-18 ปี โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ 13-15 ปี และ 16-18 ปี ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวไว้เบื้องต้น จึงใช้เป็นเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเป็นการแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมความพร้อมและความรู้ให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังก่อนการเปลี่ยนผ่าน รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพมีความตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นบริบทของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) โดยศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด และโรคหัวใจ ที่มีช่วงอายุ 13-18 ปี และมารับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่เคยได้รับการแจ้งเรื่องการเปลี่ยนผ่านการรักษาแบบเด็กไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่
2. ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่สามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเฉียบพลันในขณะที่เข้าร่วมการศึกษา เช่น มีอาการไข้ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ บวม เป็นต้น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis) โดยกำหนดค่าอิทธิพลที่ได้จากการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ซึ่งตัวแปรการรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรเดียวกับที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา และใช้

เครื่องมือชุดเดียวกัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง .25-.39 เป็นอิทธิพลขนาดกลาง ผู้วิจัยนำมากำหนดเป็นค่าอิทธิพลในการคำนวณ โดยกำหนดอำนาจทดสอบมีค่าเท่ากับ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ค่า $R^2 = 0.13$ แทนค่าในสูตร (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

$$N = (L / y) + k + 1$$

N หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

L หมายถึง อำนาจการทดสอบ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 เปิดตารางได้เท่ากับ 13.62

k หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งในการศึกษานี้ มี 6 ตัวแปร

y หมายถึง ค่าประมาณความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ได้จากสูตร $y = R^2 / 1 - R^2$ ในการศึกษานี้มีค่าเท่ากับ 0.149

เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้กลุ่มตัวอย่าง 98 ราย ในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย แบ่งเป็นช่วงอายุ 13-15 ปี และ 16-18 ปี จำนวนช่วงละ 50 ราย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) ของแต่ละโรคเรื้อรังจำนวน 5 โรคเรื้อรัง โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ 13-15 ปี และ 16-18 ปี จำนวนช่วงละ 50 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ ตึกเจ้าฟ้ามหาจักรี ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งในแต่ละวันมีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมารับบริการประมาณ 5-6 ราย โดยมีตารางการให้บริการของคลินิกเฉพาะโรคต่างๆดังนี้

วันจันทร์	เวลา 7.00-12.00 น.	คลินิกโรคเลือด โรคธาลัสซีเมีย
วันอังคาร	เวลา 7.00-12.00 น.	คลินิกโรคหัวใจ
วันพุธ	เวลา 7.00-12.00 น.	คลินิกโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด
วันพฤหัสบดี	เวลา 7.00-12.00 น.	คลินิกโรคเลือด โรคธาลัสซีเมีย
		คลินิกโรคเบาหวาน
	เวลา 13.00-15.00 น.	คลินิกโรคไต
วันศุกร์	เวลา 7.00-12.00 น.	คลินิกโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ เศรษฐฐานะทางสังคม การวินิจฉัยโรค บุคคลที่ดูแลและพามาตรวจตามนัด สิทธิในการรักษาพยาบาล

2. แบบประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของ Yotwongratsamee (2006) ที่ดัดแปลงมาจาก Mishel (1983) ประเมินการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มาดัดแปลงใช้ประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง มีข้อคำถาม 1 ข้อ (single item) โดยมาตราวัดนี้แบ่งเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 คะแนน แปลผลคะแนนได้ ดังนี้

คะแนน 10 แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงมากที่สุด

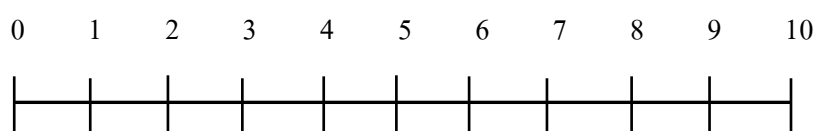
คะแนน 0 แปลผลว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้การแบ่งเป็นอันตรภาคชั้นได้ (ยุทธโกยวรรณ, 2550) ดังนี้

คะแนน 0–3.3 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงน้อย

คะแนน 3.4–6.6 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงปานกลาง

คะแนน 6.7–10 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงมาก



ร้ายแรงน้อยที่สุด

ร้ายแรงมากที่สุด

3. แบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง ของ บุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝงของ Spielberg และคณะ (1977) แบบประเมินนี้ นำมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาหาค่าความเที่ยงในกลุ่มมารดาที่มีบุตร

วัยก่อนเรียนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92 นอกจากนี้ บุญธรรม ภัคดีพรหม (2552) นำมาใช้ประเมินความวิตกกังวลของวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82

แบบประเมินนี้มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

รู้สึกเกือบตลอดเวลา	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องเกือบตลอดเวลา
รู้สึกบ่อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องบ่อย
รู้สึกเป็นครั้งคราว	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องบ้างเป็นครั้งคราว
เกือบไม่เคยรู้สึกเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของน้องเลย
ข้อความที่มีความหมายด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 6, 7, 10, 13, 14, 16 และ 19		
ข้อความที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18 และ 20		

เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
รู้สึกเกือบตลอดเวลา	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
รู้สึกบ่อย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
รู้สึกเป็นครั้งคราว	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
เกือบไม่เคยรู้สึกเลย	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดยแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 20-40 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 41-60 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 61-80 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับมาก

4. แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง สร้างโดย Kromvongkon (2002) แบบประเมินนี้นำมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาหาค่าความเที่ยงในผู้ป่วยวัยรุ่นที่สูญเสียแขนขา ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92 นอกจากนี้ บุญธรรม ภัคดีพรหม (2552) นำมาใช้ประเมินในวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79 และการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับปรุงประโยค แต่ยังคงความหมายเดิมของข้อความ ข้อ 4, 9 และ 10 เพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

แบบประเมินนี้มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องน้อยที่สุด

ข้อความที่มีความหมายด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6 และ 7

ข้อความที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9 และ 10

เกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนเป็นดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
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 10-40 คะแนน โดยแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 10-20 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 21-30 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 31-40 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับมาก

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย วิจารณ์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) แบบประเมินนี้นำมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาหาค่าความเที่ยงในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84 นอกจากนี้ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) นำมาใช้ประเมินวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85 โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ คำถามข้อ 1-4
- 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ได้แก่ คำถามข้อ 5-8
- 3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ คำถามข้อ 9-12

4) การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ได้แก่ คำถามข้อ 13-16

5) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน ได้แก่ คำถามข้อ 17-20

แบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก ข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ได้รับการสนับสนุนจากใครบ้าง กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตอนที่ 2 ได้รับการสนับสนุนมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเป็นส่วนมาก

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเป็นส่วนน้อย

ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนเป็นดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

เป็นจริงส่วนมาก ให้ 3 คะแนน

เป็นจริงเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดยแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 20-40 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 41-60 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 61-80 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 4-16 คะแนน โดยแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 4-7 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 8-12 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 13-16 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆในระดับมาก

6. แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน สร้างโดย บุญธรรม ภักดีพรหม (2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินนี้นำมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาหาค่าความเที่ยงในกลุ่มเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79 และการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับปรุงประโยค แต่ยังคงความหมายเดิมของข้อคำถาม ข้อ 3 และ 24 และสลับข้อคำถามจากข้อที่ 1 เป็นข้อ 3 แทน เพื่อเป็นการเรียงลำดับความเข้าใจในแบบประเมินให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งแบ่งความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- | | |
|--|---------------------------|
| 1) ด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน | ได้แก่ ข้อคำถาม ข้อ 1-7 |
| 2) ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา | ได้แก่ ข้อคำถาม ข้อ 8-13 |
| 3) ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค | ได้แก่ ข้อคำถาม ข้อ 14-19 |
| 4) ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง | ได้แก่ ข้อคำถาม ข้อ 20-25 |

แบบประเมินมีจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-------------------|---------|--|
| เป็นจริงมากที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องมากที่สุด |
| เป็นจริงส่วนมาก | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเป็นส่วนมาก |
| เป็นจริงเล็กน้อย | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเป็นส่วนน้อย |
| ไม่จริงเลย | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องน้อยที่สุด |

ข้อความที่มีความหมายด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23 และ 25

ข้อความที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 7, 16, 18 และ 24

เกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนเป็นดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
เป็นจริงมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เป็นจริงส่วนมาก	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
เป็นจริงเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่จริงเลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน โดยแปลผลคะแนนได้ดังนี้
คะแนนอยู่ในช่วง 25-50 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การ
เปลี่ยนผ่านในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 51-75 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การ
เปลี่ยนผ่านในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 76-100 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การ
เปลี่ยนผ่านในระดับมาก

คะแนนด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน อยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน แปลผลคะแนน
ได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 7-13 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความตระหนักต่อ
การเปลี่ยนผ่านในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 14-21 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความตระหนักต่อ
การเปลี่ยนผ่านในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 22-28 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความตระหนักต่อ
การเปลี่ยนผ่านในระดับมาก

คะแนนด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา อยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน แปลผล
คะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 6-11 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความรู้เรื่องโรคและ
แผนการรักษาในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 12-18 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความรู้เรื่องโรคและ
แผนการรักษาในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 19-24 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความรู้เรื่องโรคและ
แผนการรักษาในระดับมาก

คะแนนด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค อยู่ระหว่าง 6-24
คะแนน แปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 6-11 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีสมรรถนะในการ
สังเกตและจัดการกับอาการของโรคใน
ระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 12-18 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีสมรรถนะในการ
สังเกตและจัดการกับอาการของโรคใน
ระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 19-24 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีสมรรถนะในการ
สังเกตและจัดการกับอาการของโรคใน
ระดับมาก

คะแนนด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง อยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน
แปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 6-11 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีสมรรถนะในการ
ดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเองในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 12-18 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีสมรรถนะในการ
ดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเองในระดับ
ปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 19-24 คะแนน หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีสมรรถนะในการ
ดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเองในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมิน
ทั้งหมด 5 แบบประเมินมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งแบบประเมินดังกล่าว ได้แก่ แบบประเมินการให้
ความหมายกับโรคเรื้อรัง แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบ
ประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นแบบ
ประเมินที่เคยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้มีการนำมาใช้ใน
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยมหิดลจำนวนมาก เมื่อพิจารณาข้อคำถามของเครื่องมือ
พบที่มีความสอดคล้องกับการศึกษา จึงนำเครื่องมือมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ไปทดลองใช้กับเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จำนวน 10 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .86, .80, .87 และ .73 ตามลำดับ (ในกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .79, .79, .89 และ .76 ตามลำดับ)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการพยาบาลตามปกติของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้สอบถามในส่วนที่สงสัยได้ตลอดเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีเหตุผลจำเป็นต้องถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดการศึกษาวิจัย สามารถกระทำได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ และนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยเฉพาะตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ หัวหน้าสาขาวิชา 5 สาขา

ได้แก่ สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม สาขาวิชาโรคไต สาขาวิชาโลหิตวิทยาและอองโคโลยี สาขาวิชาภูมิแพ้ และสาขาวิชาโรคหัวใจ ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ และหัวหน้าหน่วยตรวจโรคกุมารฯ เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน ระยะเวลา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ ตึกเจ้าฟ้ามหากัศจ์ชั้น 1 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2554

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

4.1 ขณะกลุ่มตัวอย่างรอแพทย์ตรวจ พยาบาลประจำคลินิกช่วยประชาสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะขอให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงชื่อเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเชิญให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในสถานที่ที่จัดไว้ ที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อสัมภาษณ์และตอบแบบประเมิน

4.3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแจกแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตัวเอง โดยเรียงลำดับแบบสอบถามดังนี้ แบบประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ รวมระยะเวลาในการอธิบายขั้นตอนการทำพร้อมตอบแบบประเมินประมาณ 40 นาทีต่อราย หลังจากนั้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมอบของที่ระลึกเป็นสมุดบันทึก 1 เล่ม เพื่อแสดงความขอบคุณที่ตอบแบบสอบถามในการวิจัย

4.4 รวบรวมข้อมูลทั้งหมด นำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 18 โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา
2. วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ระหว่าง การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน
3. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน โดยใช้เทคนิค Simultaneous or Enter Regression ซึ่งผู้วิจัยนำตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสมการพร้อมกันในครั้งเดียว (Enter) จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการทำนายของสมการนั้น โดยเทคนิคนี้ให้ความสำคัญกับตัวแปรทำนายทุกตัวเท่าเทียมกันในการเข้าสมการ (รัตนศิริ ทาโต, 2551)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) โดยต้องการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้แก่ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการตอบแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ที่มีช่วงอายุ 13-18 ปี และป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด และโรคหัวใจ ที่มารับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายจำแนกออกเป็น 4 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา
- ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
- ส่วนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 15.04 ปี ($SD = 17.24$) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด จำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 18-21 อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 34) ค้าขาย (ร้อยละ 26) รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 23) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 22,355 บาท ($SD = 19,563.71$) โดยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 79 และพบว่าร้อยละ 45 ที่รายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และร้อยละ 80 ใช้สิทธิประกันสุขภาพหรือเบิกสิทธิรักษาพยาบาลได้ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 100$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	59
หญิง	41	41
อายุ		
13-15 ปี	50	50
16-18 ปี	50	50
(Mean = 15.04, SD = 1.47, Min = 13, Max = 18)		
การวินิจฉัยโรค		
โรคธาลัสซีเมีย	21	21
โรคหอบหืด	18	18
โรคเบาหวาน	19	19
โรคไต	21	21
โรคหัวใจ	21	21

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของผู้ดูแล		
รับจ้าง	34	34
ค้าขาย	26	26
เกษตรกรรม	7	7
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	23	23
ธุรกิจส่วนตัว	9	9
อื่นๆ	1	1
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 30,000	79	79
30,001 - 70,000	18	18
70,001 - 100,000	3	3
(Mean = 22,355, SD = 19,563.71, Min = 2,000, Max = 100,000)		
เพียงพอกับค่าใช้จ่าย		
เพียงพอ	55	55
ไม่เพียงพอ	45	45
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายเองทั้งหมด	20	20
บัตรประกันสุขภาพ	59	59
เบิกจากต้นสังกัด	21	21

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า บุคคลที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 87 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของบุคคลที่พากลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด (ตอบได้มากกว่า 1) (n = 100)

บุคคลที่พามาตรวจตามนัด	ร้อยละ
บิดา	22.50
มารดา	65.84
ญาติ	8.33
มาเอง	3.33

ส่วนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ระดับร้ายแรงปานกลาง ร้อยละ 50 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละของระดับการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง (n = 100)

ระดับการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
0 – 3.3 คะแนน	41	41	ร้ายแรงน้อย
3.4 – 6.6 คะแนน	50	50	ร้ายแรงปานกลาง
6.7 – 10 คะแนน	9	9	ร้ายแรงมาก

หมายเหตุ 0 = การให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงน้อยที่สุด

10 = การให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงมากที่สุด

กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังเท่ากับ 3.91 (SD = 2.30) อยู่ในระดับร้ายแรงปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 42.76 (SD = 6.85) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองเท่ากับ 30.00 (SD = 3.89) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 64.64 (SD = 7.75) อยู่ในระดับมาก โดยแบ่งได้ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์เท่ากับ 13.35 (SD = 1.90) ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าเท่ากับ 12.52 (SD = 2.06) ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับ 12.52 (SD = 2.20)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ข่าวสารเท่ากับ 13.01 ($SD = 1.75$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงานเท่ากับ 13.34 ($SD = 2.04$) ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้งหมด และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 67.12 ($SD = 8.08$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยแบ่งได้ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 18.05 ($SD = 2.74$) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาเท่ากับ 15.73 ($SD = 3.04$) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรคเท่ากับ 19.80 ($SD = 2.45$) อยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเองเท่ากับ 16.47 ($SD = 2.41$) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ($n = 100$)

ตัวแปรที่ศึกษา	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้อจริง	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง	0-10	0-10	3.91	2.30	ปานกลาง
ความวิตกกังวล	20-80	28-60	42.76	6.85	ปานกลาง
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	10-40	17-39	30.00	3.89	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	20-80	47-80	64.64	7.75	มาก
- ด้านอารมณ์	4-16	8-16	13.35	1.90	มาก
- ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	4-16	6-16	12.52	2.06	มาก
- ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4-16	6-16	12.52	2.20	มาก
- ด้านข้อมูล ข่าวสาร	4-16	9-16	13.01	1.75	มาก
- ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	4-16	8-16	13.34	2.04	มาก
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	25-100	50-82	67.12	8.08	ปานกลาง
- ด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน	7-28	12-25	18.05	2.74	ปานกลาง
- ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา	6-24	8-24	15.73	3.04	ปานกลาง

ตารางที่ 4.4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (n = 100) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
- ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค	6-24	14-24	19.80	2.45	มาก
- ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง	6-24	10-23	16.47	2.41	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65 มีการรับรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67 และมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	ร้อยละ (100 คน)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
ความวิตกกังวล	35	65	-
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	1	53	46
การสนับสนุนทางสังคม	-	33	67
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	2	83	15

เมื่อพิจารณาด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 46.66 การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 44.94 การ

สนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจากเพื่อน ร้อยละ 43.46 การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารจากแพทย์ ร้อยละ 37.33 การสนับสนุนสิ่งของ เงินทองและแรงงานจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 58.78 โดยในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าเพื่อนมีบทบาทในการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในขณะที่บุคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน (ตอบได้มากกว่า 1)

การสนับสนุนทางสังคม	ผู้ให้การสนับสนุน (ร้อยละ)					
	สมาชิกในครอบครัว	ญาติ	เพื่อน	แพทย์	พยาบาล	อื่นๆ*
1. การสนับสนุนด้านอารมณ์	46.66	10.17	27.02	9.19	6.82	0.14
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	44.94	9.02	38.77	3.64	3.16	0.47
3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	41.12	10.13	43.46	2.06	1.91	1.32
4. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร	29.42	4.75	4.62	37.33	22.43	1.45
5. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	58.78	10.69	13.93	6.30	4.20	6.10

* อื่นๆ หมายถึง ครู นักโภชนาการ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .25, p < .05$) การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .36, p < .01$ และ $r = .53, p < .01$) ตามลำดับ ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.41, p < .01$) การให้ความหมายกับโรคเรื้อรังมี

ความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.10, p > .05$) และเศรษฐกิจทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .16, p > .05$) หรือสรุปได้ว่า การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง และเศรษฐกิจทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า การให้ความหมายกับโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวล ($r = .39, p < .01$) การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวล ($r = -.59, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวล ($r = -.39, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอายุ ($r = .20, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ($r = .45, p < .01$) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐกิจทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง	1.00						
เศรษฐกิจทางสังคม	-0.14	1.00					
อายุ	0.09	-0.04	1.00				
ความวิตกกังวล	0.39**	-0.07	-0.07	1.00			
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	-0.19	0.05	0.03	-0.59**	1.00		
การสนับสนุนทางสังคม	-0.18	0.17	0.20*	-0.39**	0.45**	1.00	
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	-0.10	0.16	0.25*	-0.41**	0.36**	0.53**	1.00

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

ส่วนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยการกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Sminov test พบว่ามีการแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ การทำ Scatter plot พบว่า

ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) พบว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (ภาคผนวก ง) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 36.7 ($R^2 = .367$, $F_{(6, 93)} = 8.978$, $p < .01$)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($B = 0.384$, $t = 3.936$, $p = .000$) และความวิตกกังวล ($B = -0.24$, $t = -2.186$, $p = .031$) ส่วนปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง ($B = 0.077$, $t = 0.840$, $p = .403$) เศรษฐฐานะทางสังคม ($B = 0.089$, $t = 1.049$, $p = .297$) อายุ ($B = 0.154$, $t = 1.806$, $p = .074$) และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ($B = 0.052$, $t = 0.484$, $p = .630$) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SEb	B	t	p-value
1. การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง	0.269	0.320	0.077	0.840	0.403
2. เศรษฐฐานะทางสังคม	0.0000366	0.000	0.089	1.049	0.297
3. อายุ	0.072	0.040	0.154	1.806	0.074
4. ความวิตกกังวล	-0.284	0.130	-0.240	-2.186	0.031
5. การรับรู้คุณค่าในตนเอง	0.108	0.223	0.052	0.484	0.630
6. การสนับสนุนทางสังคม	0.400	0.102	0.384	3.936	0.000

Constant (a) = 35.145; $SE_{est} = \pm 13.40$

$R = .606$; $R^2 = .367$; Adjusted $R^2 = .326$; $F = 8.978$; $p\text{-value} = .01$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด และโรคหัวใจ จำนวน 100 ราย โดยการอภิปรายผลการศึกษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 59 เจ็บป่วยโรคเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 21 โรคไตร้อยละ 21 โรคหัวใจร้อยละ 21 โรคเบาหวานร้อยละ 19 และโรคหอบหืดร้อยละ 18 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับร้ายแรงปานกลาง คือ 3.4–6.6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งปัจจัยด้านการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยหนึ่งตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Meleis และคณะ (2000) เป็นการอธิบายความเข้าใจของเด็กวัยรุ่นในเรื่องการเจ็บป่วย เมื่อเด็กวัยรุ่นมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน ความรุนแรง และการดูแลรักษาจึงมีความแตกต่างกัน จึงมีการรับรู้และการให้ความหมายที่แตกต่างกันไปได้

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นปัจจัยหนึ่งตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Meleis และคณะ (2000) ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เศรษฐฐานะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 22,355 บาท (SD = 19,563.71) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 79 และพบว่าร้อยละ 45 ที่รายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ซึ่งปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงรายได้

ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ซึ่งเป็นรายได้ที่นำมาใช้จ่ายในครอบครัว รวมถึงการรักษาพยาบาลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวไทยส่วนใหญ่พบว่ามีความเครียดหรือรายได้ในระดับต่ำ จึงน่าที่จะส่งผลกับการดูแลภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นที่เจ็บป่วยได้

ปัจจัยด้านอายุของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง พบว่า การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 13-18 ปี ($M = 15.04$, $SD = 17.24$) ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆใกล้เคียงกับการศึกษาของ McPherson และคณะ (2009) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease ช่วงอายุ 17-20 ปี จะมีความรู้เรื่องโรค ความสนใจในการเปลี่ยนผ่าน และมีความพร้อมมากกว่าเด็กวัยรุ่นช่วงอายุ 14-16 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$) และการศึกษาของ Schilling และคณะ (2006) ได้อธิบายว่า ช่วงอายุ 17-19 ปี ของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน จะมีความรับผิดชอบในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้ดีกว่าในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า เด็กวัยรุ่นมีการปรับเปลี่ยนการจัดการดูแลตนเอง การปรับตัวในบทบาทที่เพิ่มขึ้นตามวัยและตามพัฒนาการ (While, et al., 2004) อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Clarizia, Chahal, Manliot, Kilburn, Redington, & McCrindle (2009) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคหัวใจเมื่ออายุมากขึ้น จะมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีอิสระและความรับผิดชอบต่อตนเอง ในขณะที่บทบาทของบิดามารดาจะค่อยๆลดลงไป

ปัจจัยด้านความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 65 ($M = 42.76$, $SD = 6.85$) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เป็นมาแต่กำเนิด ทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดความรู้สึกกลัว มีความไม่แน่นอนและไม่มั่นคงในอนาคต ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเป็นลักษณะนิสัยของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (Trait anxiety) เมื่อมีสิ่งคุกคามจะเป็นการเสริมให้ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ (State anxiety) มีความรุนแรงมากขึ้น และมีระยะเวลานาน จึงอาจส่งผลให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะนิสัยประจำตัวในระดับสูงขึ้นไป (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551; Geerts, et al., 2008; Spielberger, et al., 1977) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยรุ่นเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นมาแต่กำเนิด เฉลี่ยระยะเวลาที่ป่วยประมาณ 10 ปี และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีในวันที่มาเข้าร่วมการศึกษา จากการสอบถามและการตอบแบบประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน พบว่า เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่รับรู้ และมีความวิตกกังวลอยู่บ้าง บางรายรู้สึกไม่มั่นใจที่จะพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลในแผนกอายุรศาสตร์ จึงน่าจะเป็นไปได้ที่เด็กวัยรุ่นจะแสดงความวิตกกังวล รวมทั้งการเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็นเหตุการณ์ในอนาคตที่ยังมาไม่ถึง จึงอาจทำให้เด็กวัยรุ่นยังไม่มีภาระหนักในการเปลี่ยนผ่าน ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน

ปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53 ($M = 30.00$, $SD = 3.89$) และระดับมาก

ร้อยละ 46 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นที่มีการพัฒนาทางด้านความคิด เด็กในวัยนี้จะเข้าใจตนเอง ต้องการการยอมรับทางสังคม ต้องปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มเพื่อน เด็กวัยรุ่นจะให้ความสนใจต่อการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน (บุญยัง มานะบริบูรณ์, 2551; วิจิตรณ บุญสิทธิ, 2551) เมื่อเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ จึงน่าที่จะทำให้เกิดการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง การรับรู้คุณค่าในตนเองจึงอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก และเมื่อมีการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ดีแล้ว จะมีความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งจะเรียนรู้ และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ซึ่งน่าจะส่งผลให้เกิดความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านได้

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ร้อยละ 67 ($M = 64.64$, $SD = 7.75$) โดยเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ร้อยละ 46.66 การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ร้อยละ 44.94 และการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน ร้อยละ 58.78 โดยครอบครัวจะมีหน้าที่ดูแลและเลี้ยงดูสมาชิกของครอบครัว ซึ่งบิดามารดามีส่วนในการสนับสนุนเด็กวัยรุ่นให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้วยการพยายามดำเนินชีวิตให้เป็นชีวิตที่ปกติ คือยอมรับผลกระทบของความเจ็บป่วยและมองความเจ็บป่วยเป็นเพียงปัญหาหนึ่งในหลายๆ ปัญหาของชีวิตที่ปกติ และสามารถใช้ชีวิตเหมือนเด็กทั่วไปมากที่สุด (รัชนิ สีดา, 2548; วิจิตรณ บุญสิทธิ, 2551; Clarizia, et al., 2009)

การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 43.46 ส่วนใหญ่ได้รับจากเพื่อน ซึ่งการสนับสนุนด้านนี้ หมายถึง บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ยอมรับและยกย่องของผู้อื่น (Cobb, 1976; Schaffer, 2004) โดยเด็กวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับเพื่อนร่วมวัย เด็กจับกลุ่มกันได้แน่นแฟ้น และผูกพันกับเพื่อนในกลุ่มมาก เด็กวัยรุ่นจะพยายามปรับปรุงบุคลิกภาพของตนเองให้เป็นไปในทางที่สังคมยอมรับ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545; สุชา จันทน์เอม, 2542) นอกจากนี้กลุ่มเพื่อนจะช่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และคลายความกังวลในเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรัง ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านไปได้ (Soanes & Timmons, 2004)

การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ส่วนใหญ่ได้รับจากแพทย์ ร้อยละ 37.33 รองลงมาได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 29.42 และได้รับจากพยาบาล ร้อยละ 22.43 โดยเป็นการได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Clarizia และคณะ (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจจะได้รับข้อมูลเรื่องโรค การดูแลภาวะสุขภาพตนเอง การทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นจากแพทย์และพยาบาล เพื่อให้เด็กวัยรุ่นมีความรู้ สามารถดูแลตนเอง และเกิดความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านได้ ซึ่งจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในคลินิก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

ในโรงพยาบาลของรัฐมีจำนวนมาก พยาบาลจึงมีเวลาในการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ค่อนข้างจำกัดในช่วงเวลารอพบแพทย์และหลังจากที่ตรวจเสร็จ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการแนะนำสั้นๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และแนะนำเรื่องการนัดหมาย โดยผู้ป่วยจะใช้เวลาในการพบแพทย์ประมาณ 15-20 นาทีต่อราย แพทย์จึงเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยตรง ในเรื่องแผนการรักษา การใช้จ่าย การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ดังนั้นจึงทำให้เด็กวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ขาดสารจากแพทย์เป็นส่วนใหญ่

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในระดับปานกลางร้อยละ 83 ($M = 67.12$, $SD = 8.08$) แบ่งเป็นด้านๆ คือ ค่าเฉลี่ยความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 18.05 ($SD = 2.74$) ค่าเฉลี่ยความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาเท่ากับ 15.73 ($SD = 3.04$) ค่าเฉลี่ยความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรคเท่ากับ 19.80 ($SD = 2.45$) และค่าเฉลี่ยความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเองเท่ากับ 16.47 ($SD = 2.41$) ซึ่งพบว่า ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรคมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 19.80$, $SD = 2.45$) โดยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถสังเกตอาการผิดปกติ และจัดการกับความผิดปกติเบื้องต้นได้ สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้อาการของโรคแย่ลง สามารถอธิบายอาการผิดปกติให้กับผู้ปกครอง และสื่อสารต่างๆ กับแพทย์และพยาบาลได้ อธิบายได้ว่า เด็กวัยรุ่นมีพัฒนาการทางด้านการคิดและสติปัญญา สามารถเรียนรู้เรื่องต่างๆ เข้าใจเรื่องราวต่างๆ ในเชิงนามธรรมได้ดีขึ้น ใช้ความคิดพิจารณาเหตุผลต่างๆ แสดงความคิดเห็นร่วมกับคนอื่น ตลอดจนเด็กวัยรุ่นจะเข้าใจความเจ็บป่วยที่สลับซับซ้อนได้มากขึ้น สามารถเข้าใจสาเหตุ ขั้นตอนการรักษา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีโอกาสซักถาม พูดคุยกับผู้รักษา จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น (วิจิตรณ บุษยสิทธิ์, 2547; สุชา จันทน์เอม, 2542) ซึ่งเมื่อเด็กวัยรุ่นมีทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพแล้ว จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้ (LoCasale-Crouch & Johnson, 2005) ขณะเดียวกันเด็กวัยรุ่นที่สามารถปรับตัวได้ดี สามารถประเมินตนเองและจัดการกับโรคเรื้อรังได้ มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ยอมรับแผนการรักษา จะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Baines, 2009; Gelder, 2009)

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 15.73$, $SD = 3.04$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในระบบการตรวจรักษากlinikเด็กของโรงพยาบาลในประเทศไทย เมื่อเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมาตรวจตามนัด ส่วนใหญ่จะได้รับการตรวจร่างกาย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พูดคุยเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่ผิดปกติ และได้รับการรักษาโดยแพทย์ที่มีความชำนาญในแต่ละโรค ซึ่งในขณะที่ตรวจรักษาผู้ป่วยจะได้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค รวมทั้ง

แผนการรักษาอย่างคร่าวๆ เนื่องด้วยเวลาที่จำกัด ประกอบกับมีผู้ป่วยจำนวนมาก จึงน่าจะทำให้เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มี ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น อีกทั้งในขณะที่ตรวจรักษา ผู้ปกครองจะเป็นผู้ให้ข้อมูล และสนใจที่จะรับทราบข้อมูลต่างๆ จากแพทย์ผู้รักษาเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้อย่างลึกซึ้งมากกว่าตัวเด็กวัยรุ่นเอง ด้วยเหตุนี้ ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านด้านความรู้เรื่องโรคของตัวเด็กวัยรุ่นเองก็เป็นสิ่งที่จะบอกถึงความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน โดยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ประกอบกับการเสริมสร้างกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดการตระหนักรู้ด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านได้ (Viner, 2008)

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การทดสอบสมมติฐาน ระหว่างการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($B = 0.384, t = 3.936, p = .000$) และความวิตกกังวล ($B = -0.24, t = -2.186, p = .031$) ส่วนการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง พบว่า เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .53, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = 0.384, t = 3.936, p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Paterson & Brewer (2009) ที่พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความพร้อมและความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน และการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .39, p < .01$) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษา และเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายได้มากที่สุด เนื่องจากเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังต้องการกำลังใจ การยอมรับและการเห็นคุณค่าของ

ตน การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆกับบุคคลรอบข้าง การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ และการได้รับการดูแลในด้านการเงิน สิ่งของจากผู้ปกครอง ซึ่งเมื่อเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้ว น่าจะทำให้เกิดความมั่นใจ กล้าที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน นอกจากนี้การศึกษาของ Weissberg-Benchell และคณะ (2007) พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนข้อมูล เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเปลี่ยนผ่าน โดยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการรักษาไปสู่คลินิกผู้ใหญ่ไม่เพียงพอ จะทำให้เด็กวัยรุ่นขาดความมั่นใจ และเกิดความวิตกกังวลเมื่อจะต้องเปลี่ยนผ่านการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Moons , et al. (2009) ซึ่งพบว่า เด็กวัยรุ่นโรคหัวใจที่พร้อมจะเปลี่ยนผ่านการรักษา นั้น ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับคลินิกผู้ใหญ่ด้วยตนเอง ในขณะที่เด็กวัยรุ่นบางคนกล่าวถึงความมั่นใจและความต้องการที่จะพูดคุยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนกับแพทย์โดยตรง และพร้อมที่จะปรับตัวให้เข้ากับคลินิกผู้ใหญ่ ดังนั้น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพของตน นำมาซึ่งความพร้อมและสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่านได้ (Viner, 2008) จึงสามารถสรุปได้ว่า ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.41, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = -0.24, t = -2.186, p = .031$) เมื่อเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลมากจะส่งผลให้มีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้น้อยกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความวิตกกังวลน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Soanes & Timmons (2004) ซึ่งพบว่า ความวิตกกังวลในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wiener และคณะ (2007) ที่พบว่า ความวิตกกังวลในเด็กวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ ($r = -.35, p < .05$) และใกล้เคียงกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ที่พบว่า ความวิตกกังวลของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$) การศึกษานี้ สามารถอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่แสดงออกมาเมื่อมีความกลัว ความเครียด หรือเมื่อมีสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ (Spielberger, et al., 1977) เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังโดยทั่วไปย่อมมีความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety) ซึ่งเป็นลักษณะนิสัยประจำตัวของเด็กแต่ละคน โดยความวิตกกังวลแบบแฝงของเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเด็กวัยรุ่นทราบคืออยู่แล้วถึงการเปลี่ยนระบบการรักษา จึงยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะนิสัยนี้เพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งถ้าเด็กวัยรุ่นมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นแล้ว จะส่งผลให้การรับรู้แคบลง รวมทั้งการเข้าใจข้อมูล และการแก้ไขปัญหาลดลงได้ อาจทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่ความพร้อมสู่เปลี่ยนผ่านที่สำเร็จได้น้อยลง อีก

ทั้ง ระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยยังขึ้นอยู่กับอายุ พัฒนาการ และประสบการณ์ในชีวิตของเด็กแต่ละคน (รัชนิ สีดา, 2548) ดังนั้น ปัจจัยนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .25$, $p < .05$) แต่เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = 0.154$, $t = 1.806$, $p = .074$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Paterson & Brewer (2009) พบว่า อายุที่ควรเริ่มให้ความรู้และควรเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยเด็กเบาหวาน ได้แก่ ช่วงอายุ 13-15 ปี เนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มมีความรับผิดชอบ เริ่มจัดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน การศึกษาของ Hait และคณะ (2006) ที่พบว่า อายุของเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญส่งผลต่อความพร้อมและความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านได้ แตกต่างกับการศึกษาของ Newland (2008) พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) และการศึกษาของ Watson (2005) อธิบายถึง กระบวนการเปลี่ยนผ่านการรักษาเป็นช่วงเวลาสำคัญของเด็กวัยรุ่นโรคไต ซึ่งการเปลี่ยนผ่านไม่ขึ้นกับอายุของผู้ป่วย แต่ควรใช้พัฒนาการของเด็กและการเจริญเติบโตเป็นเกณฑ์ในการเปลี่ยนผ่าน สามารถประเมินได้จากความมั่นใจในตนเอง และความสามารถในการพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา และงานวิจัยอื่นๆสรุปตรงกันว่า ไม่สามารถระบุอายุที่เหมาะสมในการเปลี่ยนผ่าน และไม่ควรใช้อายุเป็นเกณฑ์ตัดสินใจให้มีการเปลี่ยนผ่านอย่างเดียว (Soanes & Timmons, 2004; Yeo & Sawyer, 2005) การศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าอายุจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน แต่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโรคเรื้อรังที่ศึกษามีความแตกต่างกัน ภาวะความรุนแรง การรักษาของโรคที่ไม่เหมือนกัน อาจส่งผลกับเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังแตกต่างกันด้วย หรือกล่าวได้ว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีอายุน้อย แต่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ อาจเกิดจากโรครุนแรงและกลับเป็นซ้ำอยู่บ่อยๆได้ จึงอาจทำให้ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านทำได้ยากกว่า นอกจากตัวผู้ป่วยเองแล้ว อาจมีสาเหตุมาจากข้อจำกัดในการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงอาจทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังไม่เกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน อย่างไรก็ตาม ระบบการรักษาของประเทศไทยได้ระบุให้ผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องย้ายการรักษาไปสู่การรักษาแผนกผู้ใหญ่ในที่สุด ดังนั้น การเตรียมความพร้อมแต่เนิ่นๆจึงน่าจะเป็นผลดีมากกว่า

การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .36$, $p < .01$) แต่เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = 0.052$, $t = 0.484$, $p = .630$) ขัดแย้งกับการศึกษาของ McDonagh (2000) ที่พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นโรคไตวายระยะสุดท้าย และโรคข้ออักเสบ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษา แตกต่างจากการศึกษาของ

Wanachotitragul (2004) พบว่า เด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง สามารถส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ใกล้เคียงกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38, p < .01$) การศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าการรับรู้คุณค่าในตนเองจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน แต่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก เมื่อพิจารณาถึงการวิเคราะห์ผลทางสถิติ พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวล ($r = -.59, p < .01$) ซึ่งเมื่อตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กัน จึงน่าจะส่งผลกับการทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) อย่างไรก็ตาม เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง จะมีความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งจะเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ และแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551) ปัจจุบันจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้

การให้ความหมายกับโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.10, p > .05$) และเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = 0.077, t = 0.840, p = .403$) ขัดแย้งกับการศึกษาของ เนตรชนก ด่วน (2542) ที่พบว่า การให้ความหมายกับโรคเอส แอล อี ทางบวกในผู้ป่วยเพศหญิง จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา คือ การรับประทานยา และการดูแลผิวหนังที่ดี ($r = .510$ และ $r = .478$) แสดงว่า การให้ความหมายกับโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแตกต่างจากการศึกษาของ เนตร ภูนาถม และคณะ (2550) ที่พบว่า เด็กให้ความเห็นเกี่ยวกับโรคเรื้อรังว่าทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง และแสดงออกด้วยการพึ่งพาบิดามารดา (Yeo & Sawyer, 2005) แตกต่างกับการศึกษาของ Lowes (2008) อธิบายว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ให้ความหมายกับการฉีดอินซูลินและการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วว่าเป็นเรื่องที่ยากกับตนเองและบิดามารดา ในขณะที่ถ้าเด็กวัยรุ่นมีความรู้เรื่องเบาหวานจะทำให้สามารถจัดการกับโรคได้อย่างถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลาย การจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน จึงน่าจะส่งผลให้มีการรับรู้ และความเข้าใจ ตลอดจนการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังที่ไม่เหมือนกัน อีกทั้งช่วงอายุที่ห่างกันของเด็กวัยรุ่น ก็ย่อมจะส่งผลกับการให้ความหมายต่อโรคที่เป็น นอกจากนี้ พบว่า การให้ความหมายกับโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวล ($r = .39, p < .01$) ซึ่งเมื่อตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กัน จึงน่าจะส่งผลกับการแปลผลการศึกษาได้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) และเหตุผลอีกประการ คือ การเลือกเครื่องมือมาใช้ อาจไม่เหมาะสม หรืออาจมีความ

คลาดเคลื่อนของเครื่องมือ จึงน่าจะทำให้การแปลผลมีความคลาดเคลื่อนได้เช่นกัน ดังนั้น ปัจจัยนี้จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้

เศรษฐฐานะทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .16, p > .05$) และเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.089, t = 1.049, p = .297$) แตกต่างกับการศึกษาของ McPherson และคณะ (2009) พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐฐานะทางสังคมของผู้ป่วยโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease ช่วงอายุ 14-20 ปี เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน และขัดแย้งกับการศึกษาของ Robertson และคณะ (2006) ที่กล่าวถึง เศรษฐฐานะทางสังคมเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัวให้เกิดความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน และแตกต่างจากการศึกษาของ อำพร กอริ (2544) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) ระบุว่า การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องหยุดงาน เพื่อพาบุตรมาโรงพยาบาล ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ของครอบครัว เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ความไม่สบายใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะของโรคที่เป็นได้ การศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า เศรษฐฐานะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นเด็กวัยรุ่นไทย ที่ยังอยู่ในการดูแลของผู้ปกครอง เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีอาชีพ รายได้ส่วนใหญ่จึงเป็นของครอบครัว เด็กวัยรุ่นจึงต้องพึ่งพาด้านค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครอง ในครอบครัวที่มีเศรษฐฐานะระดับต่ำ รายได้ไม่เพียงพอ บิดามารดา หรือผู้ปกครองต้องทุ่มเทเวลาในการหารายได้เพิ่ม จึงอาจทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังขาดโอกาสในการดูแลสุขภาพ แม้ว่าเศรษฐฐานะทางสังคมจะสามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวก็ยังคงเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่ส่งผลกับการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวได้เช่นกัน (รัชนิ สีดา, 2548) ปัจจัยนี้จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เจ็อนไขด้านบุคคล คือ ความวิตกกังวลของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง และเจ็อนไขด้านชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรตระหนักและวางแผนในการส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ด้วยการให้การสนับสนุนผู้ป่วย และครอบครัว และมีส่วนในการคลายความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปรับตัวกับโรคเรื้อรังที่เป็น และเกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านตามมาได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ได้แก่ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Meleis และคณะ (2000) และการทบทวนวรรณกรรม (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Betz, et al., 2003; Cappelli, et al., 1989; McPherson, et al., 2009; Newland, 2008; Weiner, et al., 2007)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีช่วงอายุ 13-18 ปี โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) และป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด และโรคหัวใจ ที่มารับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ เศรษฐฐานะทางสังคม การวินิจฉัยโรค บุคคลที่ดูแลและพามาตรวจตามนัด สิทธิในการรักษาพยาบาล
2. แบบประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง นำแบบประเมินของ Yotwongratsamee (2006) ที่ดัดแปลงมาจาก Mishel (1983) ซึ่งผู้วิจัยนำมาดัดแปลงใช้ในการประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง โดยมีข้อคำถาม 1 ข้อ (single item)
3. แบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง ของ บุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ (2544) ซึ่งแปลมาจากวัดความวิตกกังวลแบบแฝง ของ Spielberg และคณะ (1977) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เมื่อนำมาใช้ประเมินความวิตกกังวลของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79
4. แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง สร้างโดย Kromvongkon (2002) แบบประเมินนี้นำมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย วิจารณ์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) แบบประเมินนี้นำมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89

6. แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน สร้างโดย บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ซึ่งถูกพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินนี้นำมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ จึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ที่หน่วยตรวจโรคกุมารฯ ตึกเจ้าฟ้า มหาจักรีชั้น 1 โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ ขณะกลุ่มตัวอย่างรอแพทย์ตรวจ พยาบาลประจำคลินิก ช่วยประชาสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะขอให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงชื่อเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง แจกแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตัวเอง โดยเรียงลำดับแบบสอบถามดังนี้ แบบประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ รวมระยะเวลาในการอธิบายขั้นตอนการทำพร้อมตอบแบบประเมินประมาณ 40 นาทีต่อราย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 15.04 ปี (SD = 17.24) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด จำนวนใกล้เคียงกัน คือ

ร้อยละ 18-21 อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 34) รายได้ของครอบครัวโดยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 79 และพบว่าร้อยละ 45 ที่รายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 59)

การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เท่ากับ 3.91 (SD = 2.30) อยู่ในระดับร้ายแรงปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 42.76 (SD = 6.85) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองเท่ากับ 30.00 (SD = 3.89) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 64.64 (SD = 7.75) อยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 67.12 (SD = 8.08)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .25, p < .05$) การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .36, p < .01$ และ $r = .53, p < .01$) ตามลำดับ ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.41, p < .01$) การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง และเศรษฐฐานะทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.10, p > .05$ และ $r = .16, p > .05$) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 36.7 ($R^2 = .367, F_{(6, 93)} = 8.978, p < .01$) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($B = 0.384, t = 3.936, p = .000$) และความวิตกกังวล ($B = -0.24, t = -2.186, p = .031$) ส่วนปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง ($B = 0.077, t = 0.840, p = .403$) เศรษฐฐานะทางสังคม ($B = 0.089, t = 1.049, p = .297$) อายุ ($B = 0.154, t = 1.806, p = .074$) และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ($B = 0.052, t = 0.484, p = .630$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัว เนื่องจากพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้มากที่สุด โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย เช่น การจัดกิจกรรมการให้ความรู้ซึ่งมุ่งเน้นให้ครอบครัวได้มีส่วนในการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หรือการจัดกิจกรรมค่ายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว เป็นต้น

2. การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรสามารถประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัว เพื่อวางแผน และให้การช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมแก่ครอบครัวและผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การสังเกตและสอบถามถึงความไม่สบายใจ การพูดคุยเรื่องภาวะสุขภาพและปัญหาในการดูแลตนเอง เป็นต้น

3. พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรมีการวางแผนการเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เนื่องจากพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในคลินิกต่างๆ ในระหว่างรอพบแพทย์ตรวจ การจัดทำแผ่นพับ คู่มือการให้ความรู้ในโรคต่างๆ เป็นต้น

4. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า บทบาทการสนับสนุนทางสังคมของพยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลอื่นๆ จึงเห็นได้ว่าพยาบาลควรมีความเข้าใจ และตระหนักในบทบาทการเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัว ประกอบกับในทางปฏิบัติพบว่า อัตรากำลังใจของพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมีจำนวนน้อยจึงเป็นปัญหาหรืออุปสรรคที่น่าจะส่งผลกับการปฏิบัติบทบาททางการพยาบาล ดังนั้น จึงควรมีการจัดอัตรากำลังใจที่เพียงพอต่อการให้การพยาบาล รวมทั้งการประชุมบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อวางแผนในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัวให้เป็นแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยในระยะยาว เพื่อศึกษาความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งได้แก่ การที่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวให้เข้ากับการดูแลในคลินิกผู้ใหญ่ได้ มีความสามารถในการตัดสินใจ การจัดการดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมารวมทั้งการศึกษาเปรียบเทียบความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านระหว่างเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านมากและน้อย
2. การศึกษาครั้งนี้ การเลือกเครื่องมืออาจไม่เหมาะสม หรืออาจมีความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือ ซึ่งส่งผลกับการประเมินตัวแปรที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงเสนอให้การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาในด้านเครื่องมือที่จะนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ควรมีความสอดคล้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของตัวแปรในแต่ละเครื่องมือ และทำให้การแปลผลมีความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น
3. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลสามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรทำการศึกษาวิจัยในแบบทดลอง โดยการจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน
4. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียว จึงอาจเป็นไปได้ที่จะมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในเรื่องความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้
5. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันภายในซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความแปรปรวนกับตัวแปรตามได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอให้ควรมีการนำสถิติขั้นสูงมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงลึก เช่น Path Analysis เป็นต้น

ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็ก
วัยรุ่นโรคเรื้อรัง

FACTORS PREDICTING TRANSITION READINESS FROM PEDIATRIC TO ADULT
MEDICAL CARE IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC ILLNESS

กันยรัตน์ วงษ์เหมื่อน 5236554 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นางลักขณ์ จินตนาฉิลก, พย.ด., วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, Ph.D.
(NURSING), บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กและวัยรุ่นปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ จึงมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 90 ยังคงต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องยาวนานถึงวัยผู้ใหญ่ และมีเด็กวัยรุ่นอายุมากกว่า 20 ปี ที่ยังคงรักษาอยู่ในระบบสุขภาพหรือในโรงพยาบาลต่างๆเป็นจำนวนมาก (Kennedy, et al., 2007; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005; White, 1999) ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย หรือต้องการการรักษาเป็นระยะเวลานาน (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547) ซึ่งส่งผลกระทบกับเด็กและครอบครัว ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (รัชนี สีดา, 2548; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005) ในการดูแลเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องให้การดูแลทั้งตัวเด็กและครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับ ปรับตัวกับโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและต้องได้รับการดูแลยาวนานต่อไป

เด็กวัยรุ่นมีความต้องการการดูแลจากผู้ปกครองที่แตกต่างกัน ความรับผิดชอบในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นตามวัย (Schilling, et al., 2006) และในขณะเดียวกันเด็กวัยรุ่นที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วยยังทำให้เกิดความยุ่งยากและความซับซ้อนในการปรับตัว จึงต้องมีการปรับตัวในบทบาทที่

เพิ่มขึ้นตามวัยและตามพัฒนาการ (While, et al., 2004) รวมทั้งนโยบายการดูแลเด็กวัยรุ่มโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลต่างๆในประเทศไทย จำกัดการดูแลเด็กโรคเรื้อรังไว้ที่อายุไม่เกิน 15 ปี ให้ได้รับการดูแลในแผนกเด็ก ขณะที่ในทางปฏิบัติ พบว่า เด็กวัยรุ่มโรคเรื้อรังที่มีอายุเกิน 15 ปี ยังคงได้รับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกเด็กจำนวนมาก ซึ่งเด็กวัยรุ่มโรคเรื้อรังมีความรู้สึกกังวล ไม่มั่นคงในการปรับเปลี่ยนการรักษา (Geerts, et al., 2008) ตลอดจนระบบการดูแลรักษาจากบุคลากรทีมสุขภาพของเด็กและผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน โดยระบบการดูแลของเด็กให้ความสำคัญในการดูแลเด็กและครอบครัวควบคู่กัน การตัดสินใจการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับตัวเด็ก ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งต่างจากการดูแลรักษาของบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใหญ่ จะเน้นที่ตัวผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคเป็นสำคัญ (Hait, et al., 2006) จึงทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลรักษาเด็กวัยรุ่มโรคเรื้อรัง

ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเป็นส่วนสำคัญที่จะประเมินได้จากการรับรู้ของเด็กวัยรุ่มโรคเรื้อรังในเรื่องการเปลี่ยนผ่าน ความรู้และความเข้าใจโรคที่เป็น แผนการรักษา ทักษะในการจัดการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การสังเกตและการจัดการกับอาการของโรค (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Betz, et al., 2003; Cappelli, et al., 1989; Newland, 2008; Robertson, 2006; Wiener, et al., 2007) ดังนั้นความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน จึงขึ้นอยู่กับความพร้อมของเด็กวัยรุ่มโรคเรื้อรังเป็นสำคัญ (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; Robertson, 2006) และจากการศึกษาตามกรอบแนวคิดของ Meleis และคณะ (2000) และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยอื่นๆที่สามารถทำนายความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยหนึ่งที่บอกถึงการรับรู้และการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตร ภูนาถม และคณะ (2550) พบว่าเด็กให้ความคิดเห็นกับการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังว่าทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง และแสดงออกด้วยการพึ่งพาบิดามารดา (Yeo & Sawyer, 2005) ซึ่งถ้าเด็กวัยรุ่มโรคเรื้อรังรับรู้และให้ความหมายกับโรคเรื้อรังที่เห็นว่าไม่มีความร้ายแรงมาก น่าที่จะส่งผลให้เด็กวัยรุ่มมีการแสดงออกในการที่จะดูแลสุขภาพตนเอง

เศรษฐฐานะทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McPherson และคณะ (2009) พบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่มโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease และการศึกษาของ Weissberg-Benckell และคณะ (2007) พบว่าเด็กวัยรุ่มโรคเบาหวานที่มีเศรษฐฐานะระดับปานกลางและระดับสูงมีโอกาสได้รับการดูแลรักษา หรือมีโอกาสเข้าถึงการรักษาที่มีความพร้อมมากกว่าเด็กวัยรุ่มที่มีเศรษฐฐานะระดับต่ำ

อายุของเด็กวัยรุ่มโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้โรคและการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน (Hait, et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ McPherson

และคณะ (2009) พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease ช่วงอายุ 17-20 ปี มีความรู้และความสนใจในกระบวนการเปลี่ยนผ่านมากกว่าเด็กวัยรุ่นช่วงอายุ 14-16 ปี และจากการทบทวนงานวิจัยหลายงาน พบว่า ผลการศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ อายุของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการให้การดูแล ความพร้อมและความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน (Hait, et al., 2006; McDonagh, 2005; Robertson, et al., 2006)

ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยหนึ่งในเด็กวัยรุ่นซึ่งนอกจากจะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจแล้ว การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ส่วนใหญ่เป็นมาแต่กำเนิด จะยังทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลให้เด็กวัยรุ่นเกิดปัญหาซึมเศร้าตามมาได้ (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547; Spielberg, et al., 1977) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่า ความวิตกกังวลของวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$) และงานวิจัยของ Wiener และคณะ (2007) ที่พบว่า ความวิตกกังวล ในเด็กวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.35, p < .05$)

การรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งแสดงออกถึงขอบเขตความเชื่อที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำเร็จ (Coopersmith, 1981) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38, p < .01$) และการศึกษาของ McDonagh (2000) ที่พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคไตวายระยะสุดท้าย และโรคข้ออักเสบ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การที่บิดามารดาคอยให้การสนับสนุนต่างๆ จะทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเข้มแข็ง (Sarajarvi, et al., 2006) บิดามารดาและทีมสุขภาพมีส่วนส่งเสริมภาวะสุขภาพของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง การสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว จึงมีส่วนสำคัญกับการเปลี่ยนผ่านการรักษา (McDonagh, 2005) และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .39, p < .01$)

ดังนั้น ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ส่งผลให้สามารถเปลี่ยนผ่านการรักษาได้อย่างสมบูรณ์ สำหรับประเทศไทย มีงานวิจัยเพียงงานเดียวของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ศึกษาในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็นนี้ จึงนำปัจจัยบางประการมาทำการศึกษาในเชิงทำนาย โดยเริ่มศึกษาที่ตัวเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลตนเอง การศึกษาครั้งนี้

สามารถใช้เป็นแนวทางความรู้ในการเปลี่ยนผ่านให้กับครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อนำมาวางแผนการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอย่างมั่นคงแข็งแรงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้จากรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (2000) และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งอธิบายความหมาย การเปลี่ยนผ่านว่าเป็นกระบวนการเคลื่อนผ่านสถานะหนึ่งไปสู่สถานะหนึ่งของชีวิต เกิดปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนผ่านแบ่งออกเป็นปัจจัยเงื่อนไข 3 ส่วน ได้แก่ เงื่อนไขด้านบุคคล คือเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เงื่อนไขด้านชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคม และเงื่อนไขด้านสังคมหรือระบบบริการสุขภาพ คือ นโยบาย แนวทางการปฏิบัติ การเปลี่ยนผ่านการรักษา

ปัจจัยเงื่อนไขต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ที่นำมาศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Meleis และคณะ (2000) พบว่าเงื่อนไขด้านบุคคล ได้แก่ การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลในเรื่องความเจ็บป่วย มีการรับรู้และให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (เรณู พุกบุญมี, 2543) และเศรษฐฐานะทางสังคม ซึ่งในครอบครัวไทยเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง เศรษฐฐานะของครอบครัวเป็นรายได้ที่นำมาใช้จ่ายในครอบครัว รวมถึงการรักษาพยาบาลเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยรายได้ของครอบครัวที่สูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อใช้ในการดูแลบุตร เป็นผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุคใจ สมทิธิการ, 2541) ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเครื่องชี้วัดความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่าน (Betz, 2007; Geerts, et al., 2008)

เงื่อนไขด้านชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ได้รับในด้านต่างๆ ขณะเดียวกันถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลยับยั้งความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ (Chick & Meleis, 1986; Meleis, et al., 2000)

เงื่อนไขด้านสังคมหรือระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบายและแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากการศึกษาเด็กวัยร่นโรคเรื้อรังในประเทศไทยที่มีการตรวจในระบบบริการสุขภาพเดียวกัน ปัจจัยด้านนี้จึงมีความคล้ายคลึงกัน ในขณะที่เดียวกันพบว่า นโยบายในเรื่องความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน และแนวทางในการปฏิบัติของในแต่ละโรงพยาบาลยังมีน้อยมาก จึงเป็นข้อจำกัดในการนำมาศึกษาครั้งนี้

ปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นปัจจัยด้านตัวเด็กวัยร่นโรคเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล และการรับรู้คุณค่าในตนเอง โดยด้านอายุ พบว่า เด็กโรคเรื้อรังควรมีการวางแผนการเปลี่ยนผ่านตั้งแต่เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่วัยร่นตอนต้น หรือวางแผนก่อนเปลี่ยนผ่าน 2 ปี เพื่อให้เด็กเกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Betz, et al., 2003; Robertson, et al., 2006; Weissberg-Benckell, et al., 2007) ความวิตกกังวล พบว่า เด็กวัยร่นเป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัว โดยเด็กวัยร่นที่มีความวิตกกังวล และไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้มีความวิตกกังวลในระดับสูงขึ้น ส่งผลกับภาวะสุขภาพและความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน (Wiener, et al., 2007) การรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นทัศนคติที่มีต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเด็กวัยร่นที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง จะมีความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมที่จะเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ แสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและตรงตามความเป็นจริง (บุญธรรม ภักดีพรหม, 2552; สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551) จึงเป็นปัจจัยที่ทำนายความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยร่นโรคเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยร่นโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด และโรคหัวใจ ที่มีช่วงอายุ 13-18 ปี และมารับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคเรื้อรัง ที่เคยได้รับการแจ้งเรื่องการเปลี่ยนผ่านการรักษา และผู้ป่วยเด็กวัยร่นที่สามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเฉียบพลันในขณะที่เข้าร่วมการศึกษา เช่น มีอาการไข้ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ บวม เป็นต้น

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis) ของ Polit & Beck (2004) กำหนดค่าอิทธิพลที่ได้จากการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) โดยนำตัวแปรการรับรู้คุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นตัวแปรเดียวกับที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา และใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง .25-.39 เป็นอิทธิพลขนาดกลาง นำมากำหนดเป็นค่าอิทธิพลการคำนวณ โดยกำหนดอำนาจทดสอบ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ 13-15 ปี และ 16-18 ปี จำนวนช่วงละ 50 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช คลินิกเฉพาะโรคเรื้อรัง 5 โรค

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ เศรษฐฐานะทางสังคม การวินิจฉัยโรค บุคคลที่ดูแลและพามาตรวจตามนัด สิทธิในการรักษาพยาบาล
2. แบบประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง นำแบบประเมินของ Yotwongratsamee (2006) ที่ดัดแปลงมาจาก Mishel (1983) ซึ่งผู้วิจัยนำมาดัดแปลงใช้ มีข้อคำถาม 1 ข้อ (single item) โดยมาตราวัดนี้แบ่งเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 คะแนน แปลผลคะแนนได้ดังนี้ คะแนน 10 แปลผลว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงมากที่สุด คะแนน 0 แปลผลว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงน้อยที่สุด
3. แบบประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง ของ บุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ (2544) แปลมาจากแบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝงของ Spielberger และคณะ (1977) โดยแบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมแบบประเมินอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน แปลผลคะแนนได้ดังนี้ คะแนนรวมสูง แปลผลว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับมาก คะแนนรวมต่ำ แปลผลว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับน้อย
4. แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง สร้างโดย Kromvongkon (2002) โดยแบบประเมินมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมแบบประเมินอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แปลผลคะแนนได้ดังนี้ คะแนนรวมสูง แปลผล

ว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับมาก คะแนนรวมต่ำ แปลผลว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับน้อย

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย วิภารัตน์ แสงสุวรรณ และคณะ (2544) โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของเงินทองและแรงงาน โดยแบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมแบบประเมินอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน แปลผลคะแนนได้ดังนี้ คะแนนรวมสูง แปลผลว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก คะแนนรวมต่ำ แปลผลว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

6. แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน สร้างโดย บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ซึ่งถูกพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา สมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค และสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง แบบประเมินมีจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมแบบประเมินอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนรวมสูง แปลผลว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในระดับมาก คะแนนรวมต่ำ แปลผลว่าเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินซึ่งเคยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้มีการนำมาใช้ในวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดลจำนวนมาก เมื่อพิจารณาข้อคำถามของเครื่องมือ พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษา จึงนำเครื่องมือมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ไปทดลองใช้กับเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 10 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .86, .80, .87 และ .73 ตามลำดับ (ในกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .79, .79, .89 และ .76 ตามลำดับ)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ จึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ที่หน่วยตรวจโรคกุมารฯ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ คือ ขณะกลุ่มตัวอย่างรอแพทย์ตรวจ พยาบาลประจำคลินิกช่วยประชาสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะขอให้ลงชื่อเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง แจกแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตัวเอง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ รวมระยะเวลาในการอธิบายขั้นตอนการทำพร้อมตอบแบบประเมินประมาณ 40 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 18 กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา
2. วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน
3. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อหาปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

ผลการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง จำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 15.04 ปี (SD = 17.24) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด จำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 18-21 อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34 รายได้ของครอบครัวโดยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 79

กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังเท่ากับ 3.91 (SD = 2.30) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 42.76 (SD = 6.85) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองเท่ากับ 30.00 (SD = 3.89) ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 64.64 (SD = 7.75) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 67.12 (SD = 8.08) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง	0-10	0-10	3.91	2.30	ปานกลาง
ความวิตกกังวล	20-80	28-60	42.76	6.85	ปานกลาง
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	10-40	17-39	30.00	3.89	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	20-80	47-80	64.64	7.75	มาก
- ด้านอารมณ์	4-16	8-16	13.35	1.90	มาก
- ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	4-16	6-16	12.52	2.06	มาก
- ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4-16	6-16	12.52	2.20	มาก
- ด้านข้อมูล ข่าวสาร	4-16	9-16	13.01	1.75	มาก
- ด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	4-16	8-16	13.34	2.04	มาก
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	25-100	50-82	67.12	8.08	ปานกลาง
- ด้านความตระหนักต่อการเปลี่ยนผ่าน	7-28	12-25	18.05	2.74	ปานกลาง
- ด้านความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา	6-24	8-24	15.73	3.04	ปานกลาง
- ด้านสมรรถนะในการสังเกตและจัดการกับอาการของโรค	6-24	14-24	19.80	2.45	มาก
- ด้านสมรรถนะในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง	6-24	10-23	16.47	2.41	ปานกลาง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .25, p < .05$) การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .36, p < .01$ และ $r = .53, p < .01$) ตามลำดับ ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.41, p < .01$) การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง และเศรษฐฐานะทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง	1.00						
เศรษฐฐานะทางสังคม	-0.14	1.00					
อายุ	0.09	-0.04	1.00				
ความวิตกกังวล	0.39**	-0.07	-0.07	1.00			
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	-0.19	0.05	0.03	-0.59**	1.00		
การสนับสนุนทางสังคม	-0.18	0.17	0.20*	-0.39**	0.45**	1.00	
ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน	-0.10	0.16	0.25*	-0.41**	0.36**	0.53**	1.00

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

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง เศรษฐฐานะทางสังคม อายุ ความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 36.7 ($R^2 = .367, F_{(6, 93)} = 8.978, p < .01$) โดยปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการสนับสนุนทางสังคม ($B = 0.384, t = 3.936, p = .000$) และความวิตกกังวล ($B = -0.24, t = -2.186, p = .031$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่น โรคเรื้อรัง

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SEb	B	t	p-value
1. การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง	0.269	0.320	0.077	0.840	0.403
2. เศรษฐฐานะทางสังคม	0.0000366	0.000	0.089	1.049	0.297
3. อายุ	0.072	0.040	0.154	1.806	0.074
4. ความวิตกกังวล	-0.284	0.130	-0.240	-2.186	0.031
5. การรับรู้คุณค่าในตนเอง	0.108	0.223	0.052	0.484	0.630
6. การสนับสนุนทางสังคม	0.400	0.102	0.384	3.936	0.000

Constant (a) = 35.145; SE_{est} = ± 13.40

R = .606; R² = .367; Adjusted R² = .326; F = 8.978; p-value = .01

การอภิปรายผล

การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = 0.384, t = 3.936, p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Paterson & Brewer (2009) พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความพร้อมและความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่านของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน และการศึกษาของ บุญธรรม รักดีพรหม (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .39, p < .01$) การศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านการรักษา และเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายได้มากที่สุด เนื่องจากเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังต้องการกำลังใจ การเห็นคุณค่าของตน การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการดูแลในด้านการเงิน สิ่งจากผู้ปกครอง ซึ่งเมื่อเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้ว น่าจะทำให้เกิดความมั่นใจ กล้าที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ดังนั้น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพของตน นำมาซึ่งความพร้อมและสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่านได้ (Viner, 2008) จึงสามารถสรุปได้ว่า ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

ความวิตกกังวลสามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = -0.24, t = -2.186, p = .031$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Soanes & Timmons (2004)

พบว่า ความวิตกกังวลในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านการรักษา ใกล้เคียงกับการศึกษาของ บุญธรรม ภักดีพรหม (2552) ที่พบว่า ความวิตกกังวลของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.25, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของ Wiener และคณะ (2007) ที่พบว่า ความวิตกกังวลในเด็กวัยรุ่นโรคจิตเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = -.35, p < .05$) การศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่แสดงออกมาเมื่อมีความกลัว ความเครียด หรือมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบ (Spielberger, et al., 1977) เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังโดยทั่วไปย่อมมีความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety) โดยความวิตกกังวลแบบแฝงของเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เป็นความวิตกกังวลเรื่องทั่วไป เมื่อเด็กวัยรุ่นทราบคืออยู่แล้วถึงการเปลี่ยนระบบการรักษา จึงน่าจะทำให้ระดับความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะนิสัยนี้เพิ่มมากขึ้นด้วย จะส่งผลให้การรับรู้แบบลง การเข้าใจข้อมูล และแก้ไขปัญหาลดลง อาจทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านที่สำเร็จได้น้อยลง ปัจจัยนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

อายุเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.154, t = 1.806, p = .074$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Paterson & Brewer (2009) พบว่า อายุที่ควรเริ่มให้ความรู้และควรเตรียมความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยเด็กเบาหวานได้แก่ ช่วงอายุ 13-15 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีความรับผิดชอบ มีการจัดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Hait และคณะ (2006) พบว่า อายุของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญส่งผลต่อความพร้อมและความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน แตกต่างกับการศึกษาของ Newland (2008) พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) และการศึกษาของ Watson (2005) อธิบายว่า ควรมีการเตรียมวางแผนไว้ล่วงหน้าสำหรับเด็กวัยรุ่นโรคไต ซึ่งการเปลี่ยนผ่านจะใช้พัฒนาการของเด็ก และการเจริญเติบโตเป็นเกณฑ์ในการเปลี่ยนผ่าน และงานวิจัยอื่นๆสรุปตรงกันว่า ไม่สามารถระบุอายุที่เหมาะสมในการเปลี่ยนผ่าน และไม่ควรรี้อายุเป็นเกณฑ์ตัดสินใจให้มีการเปลี่ยนผ่านอย่างเฉียว (Soanes & Timmons, 2004; Yeo & Sawyer, 2005) การศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคเรื้อรังที่ศึกษามีความแตกต่างกัน ภาวะความรุนแรง การรักษาของโรคที่ไม่เหมือนกัน อาจส่งผลกับเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังแตกต่างกันด้วย หรือกล่าวได้ว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีอายุนาน แต่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ อาจเกิดจากโรครุนแรงและกลับเป็นซ้ำอยู่บ่อยๆได้ จึงอาจทำให้ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านทำได้ยากกว่า นอกจากตัวผู้ป่วยเองแล้ว อาจมีสาเหตุมาจากข้อจำกัดในการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงอาจทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังไม่เกิดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน อย่างไรก็ดีตาม ระบบการรักษาของประเทศไทยได้ระบุให้ผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องย้ายการรักษาไปสู่การรักษาแผนกผู้ใหญ่ในที่สุด ดังนั้น การเตรียมความพร้อมแต่เนิ่นๆจึงน่าจะเป็นผลดีมากกว่า

การรับรู้คุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = 0.052$, $t = 0.484$, $p = .630$) ขัดแย้งกับการศึกษาของ McDonagh (2000) พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของวัยรุ่นโรคไตวายระยะสุดท้าย และโรคข้ออักเสบ สามารถทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ แตกต่างจากการศึกษาของ Wanachotitragul (2004) พบว่า เด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงสามารถส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ใกล้เคียงกับการศึกษาของ บุญธรรม กักดีพรหม (2552) ที่พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน ($r = .38$, $p < .01$) การศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาถึงการวิเคราะห์ผลทางสถิติ พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวล ($r = -.59$, $p < .01$) ซึ่งเมื่อตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กัน จึงน่าจะส่งผลกับการทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) อย่างไรก็ตาม เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง จะมีความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งจะเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ และแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (บุญธรรม กักดีพรหม, 2552; สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551) ปัจจัยนี้จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้

การให้ความหมายกับโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = 0.077$, $t = 0.840$, $p = .403$) ขัดแย้งกับการศึกษาของ เนตรชนก ต่วน (2542) ที่พบว่า การให้ความหมายกับโรคเอส แอล อี ทางบวกในผู้ป่วยเพศหญิง จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทาษา และการดูแลผิวหนังที่ดี ($r = .510$ และ $r = .478$) แสดงว่าการให้ความหมายกับโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แตกต่างจากการศึกษาของ เนตร ภูนาถลม และคณะ (2550) พบว่า เด็กให้ความเห็นเกี่ยวกับโรคเรื้อรังว่าทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง แตกต่างกับการศึกษาของ Lowes (2008) อธิบายว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ให้ความหมายกับการฉีดอินซูลินและการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยากกับตนเองและบิดามารดา ในขณะที่ถ้าเด็กวัยรุ่นมีความรู้เรื่องเบาหวานจะทำให้สามารถจัดการกับโรคได้อย่างถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลาย การจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน จึงน่าจะส่งผลให้มีความเข้าใจ ตลอดจนการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังที่ไม่เหมือนกัน อีกทั้งช่วงอายุที่ห่างกันของเด็กวัยรุ่น ก็ย่อมจะส่งผลกับการให้ความหมายต่อโรคที่เป็น นอกจากนี้ พบว่า การให้ความหมายกับโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวล ($r = .39$, $p < .01$) ซึ่งเมื่อตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กัน จึงน่าจะส่งผลกับการแปลผลการศึกษาได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) และเหตุผลอีกประการ คือ การเลือกใช้เครื่องมือที่อาจ

ไม่เหมาะสม หรืออาจมีความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือ จึงน่าจะทำให้การแปลผลมีความคลาดเคลื่อนได้เช่นกัน ดังนั้น ปัจจัยนี้จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้

เศรษฐฐานะทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = 0.089, t = 1.049, p = .297$) แตกต่างกับการศึกษาของ McPherson และคณะ (2009) พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐฐานะทางสังคมของผู้ป่วยโรคโลหิตจางชนิด Sickle cell disease ช่วงอายุ 14-20 ปี เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสำเร็จสู่การเปลี่ยนผ่าน ชัดแจ้งกับการศึกษาของศึกษาของ Robertson และคณะ (2006) กล่าวถึง เศรษฐฐานะทางสังคมเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัวให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง และส่งผลต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่าน แตกต่างจากการศึกษาของ อำพร กอริ (2544) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) ระบุว่า การที่บิดามารดาต้องหยุดงาน เพื่อพาบุตรมาโรงพยาบาล ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ของครอบครัว เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ความไม่สบายใจ ซึ่งอาจส่งผลกับภาวะของโรคที่เป็นได้ การศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า เศรษฐฐานะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นเด็กวัยรุ่นไทย ที่ยังอยู่ในการดูแลของผู้ปกครอง เด็กวัยรุ่นจึงต้องพึ่งพาด้านค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครอง ในครอบครัวที่มีเศรษฐฐานะระดับต่ำ รายได้ไม่เพียงพอ บิดามารดา หรือผู้ปกครองต้องทุ่มเทเวลาในการหารายได้เพิ่ม จึงอาจทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังขาดโอกาสในการดูแลภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเศรษฐฐานะทางสังคมจะสามารถร่วมทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวก็ยังคงเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่ส่งผลกับการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้เช่นกัน (รัชนิ์ สีดา, 2548) ดังนั้น ปัจจัยนี้จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัว โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งควรประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังและครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือ และวางแผนในการเตรียมความพร้อมได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นแล้ว การจัดอัตรากำลังของพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม จะส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติบทบาททางการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยในระยะยาว เพื่อศึกษาความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งได้แก่ การที่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวให้เข้ากับการดูแลในคลินิกผู้ใหญ่ได้ มีความสามารถในการตัดสินใจ การจัดการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ควรมีการพัฒนาในด้านเครื่องมือที่จะนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูล หรือการเลือกเครื่องมือที่เหมาะสม และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือได้ ควรศึกษาและเก็บข้อมูลในแหล่งศึกษาที่แตกต่างกัน เพื่อสามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในเรื่องความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านได้ ควรใช้สถิติขั้นสูงเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น Path Analysis เพื่อเป็นการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุให้เกิดความแปรปรวนในตัวแปรตาม รวมทั้งควรศึกษาวิจัยในแบบทดลอง โดยการจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

**FACTORS PREDICTING TRANSITION READINESS FROM PEDIATRIC TO
ADULT MEDICAL CARE IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC ILLNESS**

KANYARAT WONGMUAN 5236554 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

**THESIS ADVISORY COMMITTEE: NONGLUK CHINTANADILOK, D.N.S.,
WANIDA SANASUTTIPUN, Ph.D. (NURSING),
BOONYING MANABORIBOON, M.D.**

EXTENDED SUMMARY

Introduction

The incidences of chronic illness in adolescents have been increasing, but advances in medical technology resulting in effective care have led these groups to higher survival rates. More than 90% of adolescents with chronic illness require the continuity of medical care through their adulthood, and there are a large number of young adults aged older than 20 years old who have been treated in healthcare systems or hospitals (Kennedy, et al., 2007; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005; White, 1999). Chronic illness is define as the condition of the incurable diseases or diseases required a long-term care (Boonsith, 2004), and have been affecting the physical, psychological, emotional, and social well-being of the children and their families (Boonsith, 2004; LoCasale-Crouch & Johnson, 2005; Seeda, 2005). Thus, providing care to adolescents with chronic illness is needed to encompasses both adolescents and their families into order to ensure acceptance and adaptation to the illness requiring a long-term care.

Each adolescent requires different parental cares. Adolescent's self-responsibility increases with age (Schilling, et al., 2006). Adolescents with chronic illness have more difficulties and complexities in their self-adaptation, so they need to

undergo more adaptation which increasing by age and developmental stages (While, et al., 2004). In Thailand, The medical care policy for adolescent with chronic illness has been limited by age of 15. However, practically, a large number of adolescents being older than 15 years old have been continued seeking treatment in the pediatric clinic. These adolescents with chronic illness may suffer from anxiety and in secured experience in medical transition (Geerts, et al., 2008). Moreover, the medical care systems between pediatric and adult system are different. In particular, the pediatric care mostly focuses on the children together with their families. Decision making on the health care depends on the children, their families, and the healthcare team members, while adult care system emphasizes on the patients, diagnoses, and treatments (Hait, et al., 2006), which result in a gap in medical care.

Transition readiness is a major assessment by perception of adolescent patient in terms of transition itself, knowledge and understanding about the disease, and symptom management (Betz, et al., 2003; Cappelli, et al., 1989; Newland, 2008; Pukdeeprom, 2009; Robertson, 2006; Wiener, et al., 2007). Therefore, transition readiness significantly depends on readiness of adolescent patients (Pukdeeprom, 2009; Robertson, 2006). As the conceptual framework of Meleis, et al. (2000) and literature review, there are other factors to predict transition readiness as follows:

Meaning of chronic illness is one of the factor to express the perception and the definition of health status and illness. It is consistent with the study of Phunaklom, et al. (2007) that pediatric patients stated about chronic illness causing not the same ability, weakness, fragile and dependency (Yeo & Sawyer, 2005). If adolescent patients have the perception and the definition of non-severe chronic illness, they may be able to provide self-care.

Socio-economic status is a factor influencing to the success of transition for pediatric patients with Sickle cell disease (McPherson, et al. 2009). The study of Weissberg-Benchkell, et al. (2007) addressed that diabetic adolescent patients with moderate and high socio-economic status gained more opportunity and accessibility to healthcare services than the poor ones.

Age of adolescents with chronic illness is one of the factor that can predict transition readiness. As development, difference in age means difference in perception of illness and transition (Hait, et al., 2006). McPherson, et al. (2009) found that

adolescents with sickle cell anemia aged 17 to 20 years had more knowledge and interest in transition than those who were 14 to 16 years old. Similarly, a number of previous studies also reported the importance of age leading to care, readiness, and success in transition (Hait, et al., 2006; McDonagh, 2005; Robertson, et al., 2006).

Anxiety is another factor impacting transition readiness because adolescents have to adapt themselves to various physical and psychological changes in life. In addition, chronic illness are most likely congenital may increase anxiety and depression (Boonsith, 2004; Spielberger, et al., 1977). It is consistent with the study of Pukdeeprom (2009) that anxiety of adolescents with chronic illness was negatively related to transition readiness at a low level ($r = -0.25, p < 0.05$). Wiener, et al. (2007) also declared that anxiety in adolescents with HIV infection was negatively related to transition readiness ($r = -0.35, p < 0.05$).

Perceived self-esteem refers to individuals' perception that is expressed through the scope of the belief in their own ability, and success (Coopersmith, 1981). A study of Pukdeeprom (2009) showed that perceived self-esteem in adolescents with chronic illness was positively related to transition readiness at a moderate level ($r = 0.38, p < 0.01$). McDonagh (2000) also found that perceived self-esteem could predict their transition readiness in adolescents with terminal kidney disease and rheumatoid arthritis.

Social support is another factor affecting transition readiness. Adolescents with chronic illness who have good parental support, possibly have effective problem solving skill (Sarajarvi, et al., 2006). Thus, parental and healthcare providers support are necessary for promoting physical well being of this population and adolescents with chronic illness. Similarly to McDonagh (2005)'s study which found that family support plays a major role in successful transition in adolescent patients. As well as a study of Pukdeeprom (2009) found that social support of adolescents with chronic illness was positively related to transition readiness at a moderate level ($r = 0.39, p < 0.01$).

Therefore, transition readiness is important as it enables adolescents to successfully undergo transition. In Thailand, there is only one study conducted by Pukdeeprom (2009) that examined the relationship between duration of illness, perceived self-esteem, anxiety, and social support with transition readiness. The

researcher has been interested in investigating predictive factors for transition readiness. Adolescents with chronic illness were selected as the study sample because adolescence is the period of time when individuals begin to play a significant role in self-care. It has been anticipated that the findings of this study could be the important baseline information to families and healthcare providers in order to ensure transition readiness and successful transition in adolescents with chronic illness.

Research Objective

The study aimed at investigating the factors that could predict transition readiness from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illness.

Research Hypothesis

Meaning of chronic illness, socio-economic status, age, anxiety, perceived self-esteem, and social support could predict transition readiness from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illness.

Conceptual Framework of the Study

According to the transition theory of Meleis, et al. (2000) and an extensive review of literature, transition is defined as a process in which individuals move from one condition in life to another, involving interactions between individuals and other individuals as well as the environment. There are three conditional factors involved in transition—individual factor or adolescents with chronic illness, community or environmental factor referring to social support, and social or healthcare system factor referring to transition-related policy and practice.

According to the conceptual framework of Meleis, et al. (2000), factors of transition readiness process showed that personal factor which included meaning of chronic illness was represented individual perception about disease, illness and health condition (Pookboonmee, 2000) and socio-economic status. As regards socio-economic status, most of the Thai adolescents live with their parents or care givers. Socio-economic status of the family means the income that the family can spend within the family, including the medical expenses of adolescents with chronic illness. Therefore, families with high income have more opportunity to gain healthcare

facilities and services for better quality of lives (Samitthikarn, 1998). Quality of life is an indicator to show the success of transition readiness (Betz, 2007; Geerts, et al. 2008).

Social support: a community or environmental condition is a useful source for adolescent patients with chronic illness. If they lack social support, their transition can inhibit transition readiness (Chick & Meleis, 1986; Meleis, et al., 2000).

With this study, social or healthcare service system in terms of policy and practice guideline were not considered because it was almost the same in adolescent patients with chronic illness in Thailand. On other hands, there is a limit of the study because there were existed policy and practice guideline of transition readiness in hospitals.

As the literature review, there are a number of factors that affect transition readiness including age, anxiety, and perceived self-esteem. For age, it has been found that children with chronic illness should be prepared for transition as early as when they are entering early adolescence. In other words, transition should be planned for two years in advance to ensure readiness among children (Betz, et al., 2003; Robertson, et al., 2006; Weissberg-Benckell, et al., 2007). Furthermore, in terms of anxiety, adolescents generally undergo different adaptations. Adolescents who have anxiety and are unable to adjust themselves tend to have a higher level of anxiety, which affects their health status and transition readiness (Wiener, et al., 2007). Finally, perceived self-esteem is individuals' attitudes toward themselves and their self-efficacy. Adolescents who have a high level of self-esteem are likely to have a high level of self-confidence and are ready to learn and express their behaviors realistically and appropriately (Pukdeeprom, 2009; Ruangkanchanaset, 2008). Therefore, perceived self-esteem is also a factor that can predict transition readiness.

Research Methodology

The present study was the correlational predictive research which aimed to investigate system the factors that could predict transition readiness from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illness.

Population and Sample

The population of the study consisted of adolescents with 5 chronic illness including diabetes mellitus, kidney disease, thalassemia, asthma, and heart disease. The ages of the population were between 13 and 18 years old. All has been following up continuously at the Pediatrics Clinics, Siriraj Hospital.

Inclusion criteria were: adolescents with such chronic illness who had been informed about transition at least once from healthcare providers and were able to communicate in Thai language. Patients having an acute illness during study period such as fever, fatigue, asthma attack, or swelling, and so forth were excluded.

The study sample was recruited by means of convenience sampling. The sample size was determined using the Power Analysis of Polit and Beck (2004). The influential value was derived from the study of Pukdeeprom (2009), using the variables of perceived self-esteem, anxiety, and social support, which were also investigated in the present study. The same instruments were also utilized. The correlation coefficients ranged from 0.25 to 0.39, considered as medium size of influence. The sample size calculated by setting the testing power at level of 0.8 and statistical significant at level of 0.5, The sample size was equal to 98. Thus, the total number of subjects was 100, a half aged between 13 and 15 years old and the rest were older than 15 years old to between 16 and 18 years old.

Setting

In this study, data were collected from the Pediatrics Unit, Siriraj Hospital, including five specialized chronic illness clinics.

Instruments

1. Demographic characteristics questionnaire elicited data regarding the subjects' age, gender, socio-economic status, diagnosis, caregiver, and rights to reimbursement.

2. Meaning of chronic illness questionnaire was adapted from the original version designed by Mishel (1983) and adapted by Yotwongratsamee (2006). There was only one item with rating scale from 0 to 10 points. The score of 10 points meant adolescents with chronic illness define their illness as the most serious condition, while the score of 0 point meant with chronic illness gave meaning to their chronic illness as least serious condition.

3. The Trait anxiety inventory was translated from the Trait Anxiety Inventory developed by Spielberger, et al. (1977) by Chantawattana, et al. (2001). There were 20 items in the questionnaire which were arranged in a four-point rating scales with the total possible scores of 20 to 80 points. As for interpretation of scoring, higher scores meant adolescents with chronic illness had a high level of anxiety, and vice versa.

4. The perceived self-esteem scale was constructed by Kromvongkon (2002) and consisted of ten items arranged in a four-point rating scales with the total possible scores ranging from 10 to 40 points. As for interpretation of scoring, higher scores meant adolescents with chronic illness had a high level of perceived self-esteem, and vice versa.

5. The social support questionnaire was developed by Sangsuwan, et al. (2001). It was divided into five aspects of emotional support, acceptance and value, social belonging, information support, and tangible support. There were 20 items in the questionnaire arranged in a four-point rating scales with the total possible scores ranging from 20 to 80 points. As for interpretation of scoring, higher scores meant adolescents with chronic illness had a high level of social support, and vice versa.

6. The transition readiness assessment scale was developed by Pukdeeprom (2009) based on a review of literature. There were 25 items in the scale which were divided into four aspects of awareness of transition, knowledge of disease and treatment plan, observation and disease management efficacy, and self-care efficacy. There were 25 items in the questionnaire arranged in a four-point rating scales with the total possible scores ranging from 25 to 100 points. As for interpretation of scoring, higher scores meant adolescents with chronic illness had a high level of transition readiness, and vice versa.

Validity and Reliability

For content validity, the instruments used in this study were validated by the experts. They also were widely used in various studies. Thus, it had been determined as consistence and validity to be used in this study.

For reliability, the trait anxiety inventory, the perceived self-esteem scale, the social support questionnaire, and the transition readiness assessment scale were in trial with ten adolescents with chronic illness who had similar qualifications with the

subjects in the sampling group of this study. Cronbach's Alpha Coefficient was equal to 0.86, 0.80, 0.87, and 0.73, respectively (In the sampling group with 100 subjects, Cronbach's Alpha Coefficient was equal to 0.79, 0.79, 0.89, and 0.76, respectively).

Data Collection

Before data collection commenced, the research proposal was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University. The adolescents with chronic illness and their parents who agreed to participate in the study signed the informed consent form to indicate their willingness to take part in the study.

Data were collected by the researcher at the Pediatrics Clinics. The procedures used in data collection were as follows: when the subjects were waiting to be examined by the physician, the nurses working at the clinics publicized the research among the adolescents with chronic illness who met the inclusion criteria. When the adolescents with chronic illness showed their interest in participating in the study, the researcher introduced myself to the adolescents and their parents, explained the research objective and data collection procedures, and protected their rights. When they agreed to participate in the study, the researcher asked them to sign the informed consent form. After that, the researcher interviewed the subjects to elicit data regarding their demographic characteristics and distributed the self-administered questionnaires in the following order: the meaning of chronic illness questionnaire, the trait anxiety inventory, the perceived self-esteem scale, the social support questionnaire, and the transition readiness assessment scale. The researcher gave the subjects the opportunity to ask questions to clarify their doubts or misunderstanding. Data collection lasted approximately 40 minutes per subject.

Data Analysis

A computer program SPSS version 18 was used to analyze data, with the statistical significance level set at 0.05, as follows:

1. Data regarding the subjects' demographic characteristics were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, and standard deviation to manifest the subjects' characteristics and the selected study variables.

2. Pearson's product-moment correlation coefficient was used to examine the relationship between meaning of chronic illness, socio-economic status, age, anxiety, perceived self-esteem, and social support and transition readiness.

3. Multiple regression analysis was also employed to determine the factors predicting transition readiness.

Findings

The sample of this study was composed of 100 adolescents with chronic illness. According to the study findings, more than half, or 59%, were male, and an average age of 15.04 years old (SD = 17.24). About the same percentages, or 18-21%, were diagnosed with each of the following five chronic illness: Thalassemia, diabetes mellitus, kidney disease, asthma, and heart disease. As for caregivers, more than two-thirds, or 34%, were wage earners, and most of them, or 79%, had an income lower than 30,000 baht per month.

Furthermore, it was found that the subjects' mean scores of meaning of chronic illness was equal to 3.91 (SD = 2.30), of anxiety equal to 42.76 (SD = 6.85), of perceived self-esteem equal to 30.00 (SD = 3.89), of social support equal to 64.64 (SD = 7.75), and of transition readiness equal to 67.12 (SD = 8.08), as shown in Table 1 below.

Table 1 Range, mean, standard deviation, and interpretation of scoring of meaning of chronic illness, anxiety, perceived self-esteem, social support, and transition readiness (n = 100)

Study variables	Possible Range	Actual Range	Mean	SD	Meaning
Meaning of chronic illness	0-10	0-10	3.91	2.30	Moderate
Anxiety	20-80	28-60	42.76	6.85	Moderate
Perceived self-esteem	10-40	17-39	30.00	3.89	Moderate
Social support	20-80	47-80	64.64	7.75	High
- Emotional support	4-16	8-16	13.35	1.90	High
- Acceptance and value	4-16	6-16	12.52	2.06	High
- Social belonging	4-16	6-16	12.52	2.20	High

Table 1 Range, mean, standard deviation, and interpretation of scoring of meaning of chronic illness, anxiety, perceived self-esteem, social support, and transition readiness (n = 100) (cont.)

Study variables	Possible Range	Actual Range	Mean	SD	Meaning
- Information support	4-16	9-16	13.01	1.75	High
- Tangible support	4-16	8-16	13.34	2.04	High
Transition readiness	25-100	50-82	67.12	8.08	Moderate
- Awareness of transition	7-28	12-25	18.05	2.74	Moderate
- Knowledge of disease and treatment	6-24	8-24	15.73	3.04	Moderate
- Observation and disease management efficacy	6-24	14-24	19.80	2.45	High
- Self-care efficacy	6-24	10-23	16.47	2.41	Moderate

When analyzing the relationship between the independent variables and the dependent variable, it was found that age was positively related to transition readiness at a low level ($r = 0.25, p < 0.05$), and perceived self-esteem and social support were positively related to transition readiness at a moderate level ($r = 0.36, p < 0.01$ and $r = 0.53, p < 0.01$), respectively. On the other hand, anxiety was negatively related to transition readiness at a moderate level ($r = -0.41, p < 0.01$), while meaning of chronic illness and socio-economic status were not statistically related to transition readiness, as illustrated in Table 2 below.

Table 2 Correlation coefficient between meaning of chronic illness, socio-economic status, age, anxiety, perceived self-esteem, social support and transition readiness

Study variables	1	2	3	4	5	6	7
Meaning of chronic illness	1.00						
Socio-economic status	-0.14	1.00					
Age	0.09	-0.04	1.00				
Anxiety	0.39**	-0.07	-0.07	1.00			
Perceived self-esteem	-0.19	0.05	0.03	-0.59**	1.00		
Social support	-0.18	0.17	0.20*	-0.39**	0.45**	1.00	
Transition readiness	-0.10	0.16	0.25*	-0.41**	0.36**	0.53**	1.00

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

Multiple regression analysis between the independent variables and the dependent variable showed meaning of chronic illness, socio-economic status, age, anxiety, perceived self-esteem, and social support could predict transition readiness in adolescents with chronic illness at around 36.7% ($R^2 = .367$, $F_{(6, 93)} = 8.978$, $p < .01$). Among these predicting factors, only 2 factors, social support and anxiety, demonstrated statistical significance ($\beta = 0.384$, $t = 3.936$, $p = 0.000$ and $\beta = -0.24$, $t = -2.186$, $p = .031$, respectively), as shown in Table 3 below.

Table 3 Multiple regression analysis to predict transition readiness from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illness

Study variables	b	SEb	β	t	p-value
1. Meaning of chronic illness	0.269	0.320	0.077	0.840	0.403
2. Socio-economic status	0.0000366	0.000	0.089	1.049	0.297
3. Age	0.072	0.040	0.154	1.806	0.074
4. Anxiety	-0.284	0.130	-0.240	-2.186	0.031
5. Perceived self-esteem	0.108	0.223	0.052	0.484	0.630
6. Social support	0.400	0.102	0.384	3.936	0.000

Constant (a) = 35.145; SEest = ± 13.40

$R = .606$; $R^2 = .367$; Adjusted $R^2 = .326$; $F = 8.978$; p -value = .01

Discussion

Social support was a co-factor to predict transition readiness with the statistical significance ($\beta = 0.384$, $t = 3.936$, $p = 0.000$). This finding was consistent with the finding of Paterson & Brewer (2009) who reported that social support influenced transition readiness and transition success in adolescents with diabetes mellitus. Likewise, Pukdeeprom (2009) stated that social support of adolescents with chronic illness was positively related to transition readiness at a moderate level ($r = 0.39$, $p < 0.01$). This study reflects that social support of adolescents with chronic illness was the most effective predictable co-factor and had influence on transition readiness. As adolescents with chronic illness truly require self-esteem, participation in activities and various kinds of support for instance, moral support, information, financial and material supports from their parents. With social support, they should gain more confidence and be able to handle changes and transition. Therefore, social support from surrounding people is significant to increase self-care skill in adolescents leading to have transition readiness and success (Viner, 2008). In summary, the study outcomes support the assumption.

In addition, anxiety was a co-factor to predict transition readiness with the statistical significance ($\beta = -0.24$, $t = -2.186$, $p = 0.031$). It is consistent with the study of Soanes and Timmons (2004) who found that anxiety in adolescents with chronic illness affects their transition. Pukdeeprom (2009) also reported that anxiety of adolescents with chronic illnesses was negatively related to transition readiness at a low level ($r = -0.25$, $p < 0.05$). Furthermore, Wiener, et al. (2007) found that anxiety in HIV infected adolescents was negatively related to transition readiness ($r = -0.35$, $p < 0.05$). This study reflects that anxiety is an emotional condition that individual expresses when they are fear, stressed, or aroused (Spielberger, et al., 1977). In general, adolescents with chronic illness tend to have a moderate level of trait-anxiety about general issues in life. As they acknowledged about transition, their anxiety is increased that may cause the risk of less or failed transition. This factor supports the assumption of this study.

Age was a co-factor to predict transition readiness without statistical significance ($\beta = 0.154$, $t = 1.806$, $p = 0.074$). As Paterson and Brewer (2009), the age range of adolescents that should be educated about transition readiness was about

13-15 years because they started to have responsibility and self-care. In contrast, Hait, et al. (2006) reported that age of adolescent with chronic illness was a factor influencing on transition readiness and success. Besides, Newland (2008) declared that age and gender had no correlation with transition readiness with statistical significance ($p > 0.01$). According to Watson (2005), plans should be made in advance to make adolescents with chronic illness ready for transition. Criteria of transition include child development and growth. A number of studies have concluded that the most appropriate age for transition cannot be specified, and age should not be used as the only criterion for transition (Soanes & Timmons, 2004; Yeo & Sawyer, 2005). One possible explanation of the finding of the present study is that age, either young or old, does not affect transition readiness because the subjects had various chronic illness, which meant differences in severity and treatment, so these factors also influenced transition readiness of adolescents with chronic illness. In other hands, older adolescents with chronic illness who were unable to gain a good control of their disease and who frequently suffered from recurrences were less likely to be ready for the transition. However, medical care system in Thailand is stated that the adolescent patients need to be moved to adult-oriented health care lastly. Therefore, the earlier adolescence have the readiness of transition; the more incredibly helpful healthy transition for adolescence.

Perceived self-esteem was a co-factor to predict transition readiness without statistical significance ($\beta = 0.025$, $t = 0.052$, $p = 0.630$). It was not consistent with the finding of McDonagh (2000) that self-esteem of adolescents with end stage kidney disease and rheumatoid arthritis could predict transition readiness from pediatric to adult medical care. In addition, Wanachotitragul (2004) found that children with thalassemia who had a high level of self-esteem had more transition readiness. Pukdeeprom (2009) found that there was a positive correlation between self-esteem and transition readiness at a moderate level ($r = 0.38$, $p < 0.01$). A statistical analysis showed that there was a negative correlation between perceived self-esteem and anxiety at a moderate level ($r = -0.59$, $p < 0.01$). Based on the correlation of variables, it should affect to the prediction on transition readiness (Srisathitnarakul, 2007). Therefore, healthcare team members should promote sense of self-esteem to adolescents with chronic illness, reduce their anxiety and increase their good attitude toward themselves (Pukdeepom, 2009; Reangkanchanaset, 2010).

Meaning of chronic illness was a co-factor to predict transition readiness without statistical significance ($\beta = 0.077$, $t = 0.840$, $p = 0.403$). This finding not in congruence with the finding of Tuan (1999) who found that positive meaning of SLE in female patients resulted in medication adherence and good skin care with statistical significance ($r = 0.510$ and $r = 0.478$, respectively). In contrast, Phunaklom, et al. (2007) reported that children stated that a chronic illness prevented them from doing things they used to be able to do and their physical health was affected, while Lowes (2008) found that adolescents with type 1 diabetes mellitus explained that insulin injection and plasma glucose testing were troublesome for themselves and their parents, but if they had knowledge about diabetes mellitus, they would be able to manage their illness correctly. In the present study, the subjects were adolescents aged 13-18 years old who had suffered from various chronic illness, which may have required different symptom management techniques. Therefore, their understanding and meaning of chronic illness varied. Furthermore, the age differences could have affected their meaning of chronic illness. However, further analysis showed that meaning of chronic illness was positively related to anxiety at a moderate level ($r = 0.39$, $p < 0.01$), which may have affected the interpretation of the finding (Srisatidnarakul, 2007). The other reason may be inappropriate selection of the instrument. These could consequently cause to wrong study interpretation. Thus, this aspect was realized as non-supportive factor.

In conclusion, socio-economic status was a co-factor to predict transition readiness without statistical significance ($\beta = 0.089$, $t = 1.049$, $p = 0.297$). It was not consistent with the finding of McPherson, et al. (2009) who discovered that socio-economic status of patients with sickle cell anemia aged 14 to 20 years old could predict success in transition. The finding was also inconsistent with the finding of Robertson, et al. (2006) that socio-economic status was a factor that facilitated readiness in self-care and transition readiness in adolescents with chronic illness and their parents. Moreover, Gori (2001) found that close to three quarters, or 71%, of adolescents with thalassemia stated that when their parents had to take leave from work to take them to the hospital caused their family to lose its income, and this led to stress and mental discomfort, which could affect their chronic conditions. One possible explanation of the finding of the present study was the samples of the study

addressed on Thai adolescents who were still under dependent care of their parents and had to be financially dependent on their parents. Specifically in the low-level socio-economic families, insufficient family income obliges the parents to spend most of their time increasing their income and lessen time on caring their children. This may be the critical issue for adolescents with chronic illness in the low-level socio-economic would miss appropriate dependent care. It is noteworthy that even though socio-economic status could insignificantly predict transition readiness, family income continues to be an important factor for families with sick children as it can affect the treatment and care the children receive as well as quality of life of the sick children and their families (Seeda, 2005).

Recommendations

For nursing practices

Nurses and healthcare team should play the key role to provide social support to the adolescent with chronic illness and families by encouraging family members, friends and surrounded people to collaborate in the social support for the adolescent. Nurses should as well as assess anxiety on the adolescent with chronic illness and families for the purpose of preparing them for the transition readiness. In addition to this, nurses should manage their manpower properly in term of sufficiency and effectiveness in nursing operation.

For nursing research

A longitudinal study should be conducted to explore the success of transition, which is defined in terms of complete self-care management skills of adolescents with chronic illness and their resulting quality of life. Data collective instrument and accurate of instrument selection including content validity need to be developed in order to enhance errorless research. Various data resources would precisely describe the transmission readiness. Advanced statistic practice also needs to be applied in the research analysis that is Path Analysis which will be used for describing the causes of effect between the independent variables and the dependent variables in such research. Furthermore, the intervention research should be carried out by organizing activities to encourage patients' transition readiness.

รายการอ้างอิง

- ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ ศรีสมบุรณ์ มุกสิกสุคนธ์ สมหญิง ไควศวนนท์ และวีรยา จึงสมเจตไพศาล. (2544). คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 1(1), 37-47.
- งานประมวลผล แผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช. (2553). สถิติโรค 2553. งานประมวลผล แผนกเวชระเบียน.
- งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จงกลณี ดุ้ยเจริญ. (2540). สัมพันธภาพของวัยรุ่นกับบิดามารดา การเห็นคุณค่าในตนเองกับการปรับตัวของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิชาติ พุกยานานนท์. (2547). Adolescent sexual health. ใน พัทน์ มหาโชคเลิศวัฒนา สุวรรณเรืองกาญจน์เศรษฐี วิฐารณ บุญสิทธิ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ). *กลยุทธ์การดูแลและการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 113- 124). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- ฉันทิกา จันทรเปี้ย และยุดี พงษ์สารนันท์กุล. (2552). การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ. ใน บุญเพียร จันทวัฒนา ฟองคำ ดิลกสกุลชัย บัญจางค์ สุขเจริญ วิไล เลิศธรรมเทวี และศรีสมบุรณ์ มุกสิกสุคนธ์ (บรรณาธิการ). *ตำราการพยาบาลเด็กเล่ม 1* (หน้า 1-61). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- นริสา ศรีลาชัย. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนตรชนก ต่วน. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายกับโรค การยอมรับตนเอง และการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนตรฤทัย ภูนาทกลม จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และสุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2550). การศึกษาความเศร้าโศกของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 30(2), 28-37.

- บุญธรรม ภักดีพรหม. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของวัยรุ่นโรคเรื้อรังในเขตภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์. (2551). Practical aspect of adolescent sex. ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง, กวีวรรณ ลี้มประยูร, โสภพรรณ เงินคำ, กลีบสไบ สรรพกิจ และธราธิป โกละทัต (บรรณาธิการ). *กุมารเวชศาสตร์ทันยุค* (หน้า 281-288). กรุงเทพฯ: เฮาแคนดู.
- บุญเพียร จันทวัฒนา นงลักษณ์ จินตนาติลก พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ วาสนา แฉล้มเขตร และเมลนิค เบนเนเดทตี. (2544). ผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 1(2), 26-36.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอเนคไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปริศนา สุนทรชัย. (2534). *ผู้ป่วยเด็กโรคคุกคามชีวิตและครอบครัว: ภาวะจิตสังคมและการพยาบาล*. เชียงใหม่. ภาควิชาจิตสังคมและการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณีรัตน์ สมปอง. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2550). *หลักการวิจัยและการทำวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- รัชนิ สีดา. (2548). *การพยาบาลเด็กโรคเรื้อรัง*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนศิริ ทาโต. (2551). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรณู พุกบุญมี. (2543). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* (หน้าที่ 161-172) (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- วรรณธิดา อัมสุตใจ. (2540). *คุณภาพชีวิตของสตรีหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2547). Critical issues in adolescent development. ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ วิฐารณ บุญสิทธิ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ). *กลยุทธ์การดูแลและการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 25-31). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.

- วิจิตรณ บัญญัติ. (2547). Coping with chronic illness in adolescents. ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ วิจิตรณ บัญญัติ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ). *กลยุทธ์การดูแลและการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 209-213). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- วิจิตรณ บัญญัติ. (2551). การช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง. ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง กวีวรรณ ลิ้มประยูร โสภภาพรณ เงินน้ำ กลีบสไบ สรรพกิจ และธราธิป โคละทนต์ (บรรณาธิการ). *กุมารเวชศาสตร์ทันยุค* (หน้า 267-274). กรุงเทพฯ: เฮาแคนดู.
- วิภารัตน์ แสงสุวรรณ นงลักษณ์ จินตนาติลก พรศรี ศรีอัญญาพร และยาใจ สิทธิมงคล. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของเด็กป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 1(2), 37-45.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุชา จันทน์เอม. (2542). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุดใจ สมิทธิการ. (2541). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกรี สุวรรณจุฑะ. (2547). Adolescent health care development: Past present and future. ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศ วัฒนา สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ วิจิตรณ บัญญัติ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ). *กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 1-12). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- สุภาวดี ลิขิตมาศกุล. (2549). โรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น. ใน วัลลา ตันตโยทัย และสุนทรี นาคะเสถียร (บรรณาธิการ). *โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ. 2549* (หน้า 197-215). นครปฐม: เมตตาอ้อมปี่ปริน.
- สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2551). พัฒนาการวัยรุ่น. ใน สุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ (บรรณาธิการ). *กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 3-18). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2551). สถิติจำนวนและข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กโรคเรื้อรังประจำปี พ.ศ. 2551.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อูมา จันทวิเศษ. (2539). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำพร กอริ. (2544). สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Baines, J. M. (2009). Promoting better care: Transition from child to adult services. *Nursing Standard*, 23(19), 35-40.
- 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*, 39, 203-244.
- Betz, C. L. (2004). Adolescents in transition of adult care: Why the concern?. *Nursing Clinics of North America*, 39, 681-713.
- Betz, C. L. (2007). Facilitating transition of adolescents with developmental disabilities: 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.
- Blum, R. W. (2002). Introduction: The consensus statement on health care transitions. *Pediatrics*, 110(6), 1301-1303.
- Boonphadh, U. (2005). *Transition conditions related to health status among burn patients in rehabilitation phase*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Brumfeild, 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.
- Cadman, D., Rosenbaum, P., Boyle, M., & Offord, D. R. (1991). Children with chronic illness: Family and parent demographic characteristics and psychosocial adjustment. *Pediatrics*, 87(6), 884-895.

- Cappelli, M., MacDonald, N. E. , & 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., & Meleis, 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), 317-322.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator for life stress. *Psychomatic Medicine*, 38, 300-312.
- Cockerham, W. C. (2001). *Medical sociology (8th ed.)*. New Jersey: Practical Hall.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem (2nd ed.)*. California: Consulting Psychologist Press.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-esteem inventories*. Pato Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Curtin, M., & Lubkin, I. (1998). What is chronicity. In I. Lubkin & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic illness: Impact and intervention* (pp. 3-25). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Ferry, G. D., & Moyer, M. S. (2008). Transition from pediatric to adult care. *Pediatric Inflammatory Bowel Disease*, 661-665. Retrieve June, 2010, from <http://springerlink2013.metapress.com>.
- Fleming, E., Carter, B., & Gillibrand, W. (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.
- Geerts, E., Van De Wiel, H. , & Tamminga. (2008). A pilot study on the effects of the transition of pediatric to adult health care in patients with haemophilia and in their parents: Patient and parent worries, parental illness-related distress and health-related quality of life. *Haemophilia*, 14, 1007-1013.

- Gelder, C. (2009). Care of adolescents in transition. *Practice Nursing*, 20 (9), 444-448.
- 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.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. *Work Stress and Social Support* (pp. 13-40). MA: Addison-Wesley.
- Intarasomchai, T. (2004). *Transition conditions related to quality of life among brain tumor patients in rehabilitation phase*. Unpublished master' thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Jones, S. , & Hammilton, S. (2008). The missing link: Paediatric to adult transition in diabetes services. *British Journal of Nursing*, 17(13), 842-847.
- 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.
- Kleinman, A., Eisenman, L. , & Good, B. (1978). Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kromvongkon, S. (2002). *Factors affecting health status among amputee adolescents*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- 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.
- Lowes, L. (2008). Managing type 1 diabetes in childhood and adolescence. *Nursing Standard*, 22(44), 50-56.
- McDonagh, J. (2005). Growing up and moving on: Transition from pediatric to adult care. *Pediatric Transplantation*, 9, 364-372.
- McDonagh, J. E. (2000). The adolescent challenge. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 15, 1761-1765.

- 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, 838-841.
- Meleis, A. I. (2007). Developing middle range and situation-specific theories: Exemplars. *Theoretical nursing (4th ed.)* (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.
- Mishel, M. H. (1983). Parents perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32, 324-330.
- Moons, P., Pinxten, S., Dedroog, D., Deyk, K. V., Gewillig, M., Hilderson, D., & Budts, W. (2009). Expectation and experiences of adolescents with congenital heart disease on being transferred from pediatric cardiology to an adult congenital heart disease program. *Journal of Adolescent Heart*, 44, 316-322.
- 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.
- Palmore, E., & Luikart, C. (1972). Health and school factors related to life satisfaction. *Journal of Health & School Behavior*, 13, 68-80.
- Paterson, B., & Brewer, J. (2009). Needs for social support among parents of adolescents with diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1, 177-185.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice (2nd ed.)*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Pensiero, M., & Adams, M. (1987). Dress and self-esteem. *Journal of Gerontological Nursing*, 13, 11-17.
- Peplau, C. L. (1963). Therapeutic groups. In G. W. Stuart & M. P. Laraia (Eds.), *Principle and practice of psychiatric nursing* (pp. 673-686). St. Louis: Harcourt Health Sciences.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). Analyzing quantitative data: Multivariate statistic. *Nursing research principles and methods (7th ed.)* (pp. 511-546). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Robertson, L. (2006). When should young people with chronic rheumatic disease move from pediatric to adult-centred care. *Best Practice & Research Clinic Rheumatology*, 20(2), 387-397.
- Robertson, L. P., 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.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book.
- Sarajarvi, A., Haapamaki, M. L., & Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review*, 53, 205-210.
- 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.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R.S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- 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 Williams & Wilkins.
- Schilling, L. S., Knafl, K. A., & Grey, M. (2006). Changing patterns of self-management in youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(6), 412-424.
- Schumacher, K., & Meleis, 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 programme of transitional care for adolescents with juvenile idiopathic arthritis: Results of a postal survey. *Rheumatology*, 43(2), 211-219.

- Smith, C. A. (1972). Body image changes after myocardial infarction. *Nursing Clinic of North America*, 7, 663-668.
- 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., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1977). *Self-evaluation questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (STAI) from Y: Self-evaluation questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stuart, G. W. (1995). Anxiety responses and anxiety disorders. In G. W. Stuart & S. J. Sundeen (Eds.), *Principle and practice of psychiatric nursing (5th ed.)* (pp. 328). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. (2001). Anxiety responses and anxiety disorders. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Eds.), *Principle and practice of psychiatric nursing (7th ed.)* (pp. 274-275). St. Louis: Mosby.
- Tak, Y. R., & McCubbin, M. (2002). Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 190-198.
- Toombs, S. K. (1993). *The meaning of illness a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Viner, R. M. (2008). Transition of care from paediatric to adult services: One part of improved health services for adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 93, 160-163.
- Wanachotitragul, K. (2004). *Social role adaptation of school-age children with thalassemia*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Watson, A. R. (2005). Problems and pitfalls of transition from paediatric to adult renal care. *Pediatric Nephrology*, 20, 113-117.
- Weissberg-Benckell, J., Wolpert, H., & Anderson, B. J. (2007). Transitioning from pediatric to adult care. *Diabetes Care*, 30(10), 2441-2446.
- While, A., Forbes, A., 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.

- White, P. D. (1999). Transition to adulthood. *Current Opinion in Rheumatology*, 11, 408-411.
- Wiener, L., Zobel, M., Battles, H., & Ryder, C. (2007). 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.
- Yeo, M., & Sawyer, S. (2005). Chronic illness and disability. *British Medical Nursing*, 330, 721-723.
- Yotwongratsamee, R. (2006). *Factors influencing uncertainty in illness of parents with children admitted in intensive care unit*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Concept measurement issues. *Journal of Advance Nursing*, 17, 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่

การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย

นางกัญยรัตน์ วงษ์เหมือน

สถานที่วิจัย

หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ ตึกเจ้าฟ้าฯมหจักรีชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

โรงพยาบาลศิริราช บ้านเลขที่ 2 ถ. พรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย

กรุงเทพมหานคร 10700 โทรศัพท์ 081-8751210

E-mail: angelkanya@hotmail.com

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย

ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย

1 ปี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ซึ่งความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเป็นสิ่งที่สำคัญในการให้การดูแลเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้สำเร็จและสมบูรณ์ โดยองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อช่วยวางแผนการส่งเสริม และการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการรักษาให้แก่เด็กวัยรุ่น

โรคเรื้อรังและผู้ปกครองท่านอื่น เพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านการรักษาได้อย่างมั่นใจและประสบความสำเร็จ ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เนื่องจากเป็นเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังใน 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด และโรคหัวใจ ที่มีช่วงอายุ 13-18 ปี เคยได้รับการแจ้งเรื่องการเปลี่ยนผ่านการรักษาแบบเด็กไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น อารมณ์ความรู้สึกของเด็ก และความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการรักษา ซึ่งเด็กในปกครองของท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้รับจากเด็กในปกครองของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อเด็กคนอื่นๆ และช่วยให้พยาบาลทราบถึงความพร้อมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่จะต้องเปลี่ยนผ่านการรักษา

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 100 คน

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านและเด็กในปกครองของท่าน โดยผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์เด็กในปกครองของท่าน และให้ตอบแบบสอบถามขณะรอรับการตรวจจากแพทย์ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิก เพื่อให้เด็กในปกครองของท่านได้รับการตรวจตามคิวที่ได้รับ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขอสัมภาษณ์เด็กในปกครองของท่านเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล
2. ขอให้เด็กในปกครองของท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ตามลำดับ ดังนี้
 - แบบประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ข้อ
 - แบบประเมินความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ
 - แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ
 - แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ
 - แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน จำนวน 25 ข้อ

รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ประมาณ 40 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถามเท่านั้น จึงมีความเสี่ยงน้อยมาก แต่อาจทำให้เด็กในปกครองของท่านเสียเวลาหรือไม่สบายใจและไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม เด็กในปกครองของท่านอาจไม่ตอบคำถามข้อใด หรืออาจจะหยุดตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยจะให้เด็กในปกครองของท่านพัก และจะดูแลเด็กในปกครองของท่านจนกว่าจะสบายใจขึ้น จึงให้ตอบแบบสอบถามต่อ แต่หากเด็กในปกครองของท่านยังไม่พร้อม และยังไม่สบายใจอยู่ ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมวิจัยทันที และหากเด็กในปกครองของท่านมีคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และความวิตกกังวลสูงกว่าปกติ ผู้วิจัยจะรายงานให้พยาบาลประจำคลินิกทราบเพื่อให้การประสานการดูแลรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

หากท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ที่ นางกันยรัตน์ วงษ์เหมือน ที่เบอร์โทรศัพท์ 081-8751210 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยเร็ว ไม่ปิดบัง การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เด็กในปกครองของท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และมีสมุดบันทึก 1 เล่มเพื่อแสดงความขอบคุณที่ตอบแบบสอบถามในการวิจัย

ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของท่านจะเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของเด็กในปกครองของท่านเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

เด็กในปกครองของท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า การไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด และหากเด็กในปกครองของท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เด็กในการดูแลของท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากเด็กในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช เบอร์โทรศัพท์ (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ วันที่.....
(.....)

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับเด็ก (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่น้องอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี น้องอาจจะขอปรึกษาหารือกับผู้ปกครอง เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางกันยารัตน์ วงษ์เหมื่อน

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

โรงพยาบาลศิริราช บ้านเลขที่ 2 ถ. พรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย

กรุงเทพมหานคร 10700 โทรศัพท์ 081-8751210

E-mail: angelkanya@hotmail.com

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาว่า เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอย่างน้อง มีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ ซึ่งความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ได้สำเร็จและสมบูรณ์ โดยความรู้ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อช่วยวางแผนการส่งเสริม และการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการรักษาให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังคนอื่น เพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านการรักษาได้อย่างมั่นใจประสบความสำเร็จ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

น้องได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เพราะเป็นเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังใน 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด และโรคหัวใจ ที่มีช่วงอายุ 13-18 ปี เคยได้รับการแจ้งเรื่องการเปลี่ยนผ่านการรักษาแบบเด็กไปสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ และสามารถให้ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่น้องเป็น อารมณ์ความรู้สึกของตัวเอง และความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการรักษา น้องอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้รับจากน้องจะเป็นประโยชน์ต่อเด็กคนอื่นๆ และช่วยให้พยาบาลทราบถึงความพร้อมของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่จะต้องเปลี่ยนผ่านการรักษา

จะมีเด็กวัยรุ่นเข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 100 คน

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของน้อง โดยผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์น้อง และให้ตอบแบบสอบถามขณะรอรับการตรวจจากแพทย์ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานงานกับ พยาบาลประจำคลินิก เพื่อให้น้องได้รับการตรวจตามคิวที่ได้รับ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย ตาม ขั้นตอน ดังนี้

1. ขอสัมภาษณ์น้องเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว
2. ขอให้น้องตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ตามลำดับ ดังนี้
 - แบบประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ข้อ
 - แบบประเมินความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ
 - แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ
 - แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ
 - แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน จำนวน 25 ข้อ

รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด ประมาณ 40 นาที

3. หลังจากน้องตอบแบบสอบถามครบถ้วน หากพบว่า น้องมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการรักษา ผู้วิจัยจะอธิบายคำตอบที่ถูกต้องให้น้องทราบ

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัวของน้อง และอาจทำให้น้องรู้สึก ไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม หากน้องรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ และไม่พร้อมในการตอบ แบบสอบถาม น้องอาจจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรืออาจจะหยุดตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยจะให้น้องพัก และจะดูแลจนกว่าจะสบายใจขึ้น จึงให้น้องตอบแบบสอบถามต่อ แต่หากน้อง ยังไม่พร้อม และยังไม่สบายใจอยู่ ผู้วิจัยจะให้น้องยุติการเข้าร่วมวิจัยทันที และหากน้องมีคะแนน การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และความวิตกกังวลสูงกว่าปกติ ผู้วิจัยจะรายงานให้พยาบาลประจำ คลินิกทราบเพื่อให้การประสานการดูแลรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ น้องทราบโดยเร็ว ไม่ปิดบัง การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ น้องไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และมีสมุด บันทึกร 1 เล่มเพื่อแสดงความขอบคุณที่น้องได้ตอบแบบสอบถามในการวิจัย

หากน้องไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ น้องยังคงได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำ คลินิกเหมือนเดิม หากน้องมีข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ น้องสามารถสอบถามกับผู้วิจัย และพยาบาลประจำคลินิกได้ตลอดเวลา

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย / วันที่.....

(.....)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง (Informed Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองของท่าน เข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง”

โดยท่านได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา จุดมุ่งหมายในการทำวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข หากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบาย และตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ท่านจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยนี้

หากท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับเด็กในปกครองของท่าน ท่านสามารถติดต่อกับ นางกันขารัตน์ วงษ์เหมื่อน ที่เบอร์โทรศัพท์ 081-8751210 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากเด็กในปกครองของท่าน ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้แทนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอศุขลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช เบอร์โทรศัพท์ (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ท่านได้ทราบถึงสิทธิที่ท่านจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัว หรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการดูแลสุขภาพพยาบาลที่เด็กในปกครองของท่านจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของท่านที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เด็กในปกครองของท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และมีสมุดบันทึก 1 เล่มเพื่อแสดงความขอบคุณที่ตอบแบบสอบถามในการวิจัย

ท่านได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....
(.....)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับเด็ก (Informed Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

น้องชื่อ.....อายุ.....ปี

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง”

โดยน้องได้รับทราบเกี่ยวกับที่มา จุดมุ่งหมายในการทำวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่น้องจะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าน้องจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยได้อ่านข้อความที่อยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และได้รับคำอธิบาย ตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว น้องจึงสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

น้องได้ทราบถึงสิทธิที่น้องจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัว หรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อกรบริการและการรักษาพยาบาลที่น้องจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของน้องที่ได้รับจากการวิจัย ซึ่งจะนำเสนอเป็นข้อมูลจากการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ น้องไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และมีสมุดบันทึก 1 เล่มเพื่อแสดงความขอบคุณที่ตอบแบบสอบถามในการวิจัย

น้องได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้



☐ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



☐ ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินในครั้งนี้ประกอบด้วยทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่าน

เลขที่.....

ส่วนที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

-
1. เพศ () ชาย () หญิง
 2. เกิดวันที่ เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน
 3. การวินิจฉัยโรค
 - () โรคธาลัสซีเมีย
 - () โรคหอบหืด
 - () โรคเบาหวาน
 - () โรคไต
 - () โรคหัวใจ
 4. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....เดือน.....ปี
 5. บุคคลผู้ให้การดูแลหลักในปัจจุบัน
 - () บิดา
 - () มารดา
 - () ญาติ ระบุ.....
 - () อื่นๆ ระบุ.....
 6. อาชีพของผู้ดูแล
 - () รับจ้าง
 - () ค้าขาย
 - () เกษตรกรรม
 - () รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
 - () เพียงพอกับค่าใช้จ่าย
 - () ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย
 8. บุคคลที่พามาตรวจตามนัดโดยส่วนใหญ่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () บิดา
 - () มารดา
 - () ญาติ ระบุ.....
 - () มาเอง
 - () อื่นๆ ระบุ.....

9. สิทธิการรักษาพยาบาล

- () จ่ายเองทั้งหมด
- () บัตรประกันสุขภาพ
- () เบิกจากต้นสังกัด
- () จ่ายเงินเองบางส่วน
- () อื่น ระบุ.....

ส่วนที่ 2

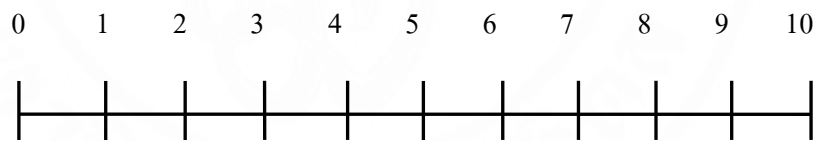
แบบประเมินการให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้เป็นแบบวัดการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของน้อง ขอให้ตอบตามการรับรู้ที่แท้จริงของน้อง จากนั้นให้เขียนเครื่องหมาย X บนตัวเลขบนเส้นตรงที่กำหนดให้ตั้งแต่ 0-10 คะแนน ตามการให้ความหมายกับโรคเรื้อรังที่เป็นจริงของน้อง

ข้อคำถาม โรคเรื้อรังที่น้องเป็นนี้มีความร้ายแรงและรุนแรง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของน้องมากน้อยแค่ไหน โดยสามารถแปลความได้ดังนี้

คะแนน 10 หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงและรุนแรงมากที่สุด

คะแนน 0 หมายถึง เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังให้ความหมายกับโรคเรื้อรังว่ามีความร้ายแรงและรุนแรงน้อยที่สุด



ส่วนที่ 3

แบบประเมินความวิตกกังวล

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นข้อความที่แสดงความรู้สึกต่างๆของน้อง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อนั้นตรงกับความรู้สึกโดยทั่วไปของน้องมากที่สุด จากนั้นเขียนเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกโดยทั่วไปของน้อง ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด ซึ่งแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

รู้สึกเกือบตลอดเวลา	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องเกือบตลอดเวลา
รู้สึกบ่อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องบ่อย
รู้สึกเป็นครั้งคราว	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องบ้างเป็นครั้งคราว
เกือบไม่เคยรู้สึกเลย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของน้องเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	รู้สึกเกือบ ตลอดเวลา	รู้สึกบ่อย	รู้สึกเป็น ครั้งคราว	เกือบไม่เคย รู้สึกเลย
1. ฉันรู้สึกแสบใส	X			

จากตัวอย่าง แสดงว่าน้องรู้สึกแสบใสเกือบตลอดเวลา

ส่วนที่ 4

แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นข้อความที่ต้องการทราบถึงการรับรู้คุณค่าในตนเองของน้อง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องมากที่สุด จากนั้นเขียนเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของน้อง ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
1. ฉันรู้สึกว่ามีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ	X			

จากตัวอย่าง แสดงว่าน้องรู้สึกมีคุณค่าเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ มากที่สุด

ส่วนที่ 5

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นข้อความที่วัดการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อน แพทย์ พยาบาล ภายหลังจากที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อในด้านซ้ายมือและพิจารณาว่าข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องมากที่สุด จากนั้นเขียนเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ส่วนในด้านขวามือเป็นผู้ให้การสนับสนุนสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องมากที่สุด
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเป็นส่วนมาก
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเป็นส่วนน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

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

จากตัวอย่าง แสดงว่าน้องได้รับกำลังใจในการดำเนินชีวิตเป็นส่วนมาก โดยผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว คือพ่อ แม่ และแพทย์ พยาบาล

ส่วนที่ 6

แบบประเมินความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นข้อความที่วัดความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของน้อง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของน้องมากที่สุด จากนั้นเขียนเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของน้อง ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องมากที่สุด
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเป็นส่วนมาก
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องเป็นส่วนน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของน้องน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่จริงเลย
1. ฉันไม่อยากจากทีมแพทย์และพยาบาลเด็กที่ฉันสนิทและคุ้นเคย ไปรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ใหญ่		X		

จากตัวอย่าง แสดงว่าน้องรู้สึกไม่อยากจากทีมแพทย์และพยาบาลเด็กที่ฉันสนิทและคุ้นเคย ไปรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ใหญ่ เป็นส่วนมาก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล
2. เอกสารอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล

ชุด C (สายพยาบาลศาสตร์)

3. เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช (ภาษาไทย)
4. เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช (ภาษาอังกฤษ)
5. เอกสารการได้รับการอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โรงพยาบาลศิริราช



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอมอบประกาศนียบัตรนี้ เพื่อแสดงว่า

นางกันยารัตน์ วงษ์เหมื่อน

ได้เข้าอบรมเรื่อง จริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๓

ณ อาคารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา

ขอให้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้เป็นหลักในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

Dr. Witsat

รองศาสตราจารย์ ทพญ.อารยา พงษ์หาญยุทธ
รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยฝ่ายวิจัย

ผอ. นพ. บรรจง

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอมอบประกาศนียบัตรนี้ เพื่อแสดงว่า

นางกันยารัตน์ วงษ์เหมือน

ได้เข้าอบรมเรื่อง “จริยธรรมการวิจัยในคน”

วันศุกร์ที่ 8 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2553

ณ ห้องประชุม มิสพอร์ตเตอร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอให้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้เป็นหลักในการปฏิบัติ
เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

(รองศาสตราจารย์ยาใจ ลิทธิมงคล)
ประธานคณะกรรมการบริหาร
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(รองศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัญญาพร)
วิทยาการ

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 242/2011

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรค
เรื้อรัง

รหัสโครงการ : 217/2554(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางกันยารัตน์ วงษ์เหมือน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง
4. เอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัยสำหรับเด็ก
5. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง
6. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับเด็ก
7. แบบบันทึกข้อมูล
8. แบบสอบถาม
9. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 3 พฤษภาคม 2554

วันหมดอายุ : 2 พฤษภาคม 2555

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยาพร สุวงศ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

4 พฤษภาคม 2554
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

11 พ.ค. 2554
วันที่

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY

Since 1888

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. Si 242/2011

Protocol Title : Factors predicting transition readiness from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illnesses

Protocol number : 217/2554(EC1)

Principal Investigator/Affiliation : Mrs. Kanyarat Wongmuan
Faculty of Nursing, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

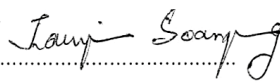
Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participation Information Sheet for Parent
4. Participation Information Sheet for Children
5. Informed Consent Form for Parent
6. Informed Consent Form for Children
7. Case Record Form
8. Questionnaire
9. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : May 3, 2011

Expired date : May 2, 2012

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


.....
(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.)
Chairperson

May 4, 2011
date


.....
(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

11 MAY 2011
date



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษาสีงแวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพราณนก
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๔๓๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๔๓๑-๔๔๘๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๐๖๘๐

วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ด้วย นางกันยารัตน์ วงษ์เหมื่อน นักศึกษามหาวิทยาลัยมหาวชิราลงกรณ สาขามหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง” อยู่ในความควบคุมของ รศ.ดร.นงลักษณ์ จินตนาติลล ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ๕ โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน, โรคไต, โรคธาลัสซีเมีย, โรคหอบหืด และโรคหัวใจ ที่มีช่วงอายุ ๑๓ - ๑๘ ปี ที่มาขอรับบริการตรวจรักษา ณ หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ ตึกเจ้าฟ้าจุฬาภรณฯ ชั้น ๑ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลและส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๔

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.นงลักษณ์ จินตนาติลล

โทรศัพท์ ๐-๒๔๓๒-๑๓๖๕ ต่อ ๑๓๐๓-๔ โทรสาร ๐-๒๔๓๒-๑๓๖๕ ต่อ ๑๓๐๓-๔

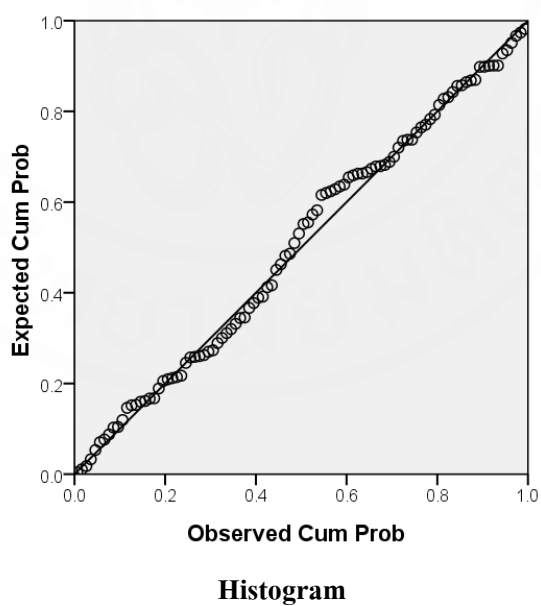
ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

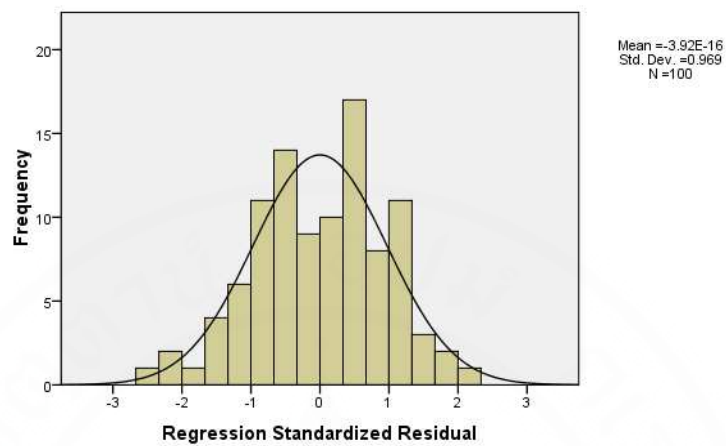
ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล (Data Distributions) พบว่ามีการแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ ดังภาพ

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual
Dependent Variable : ผลลัพธ์ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน



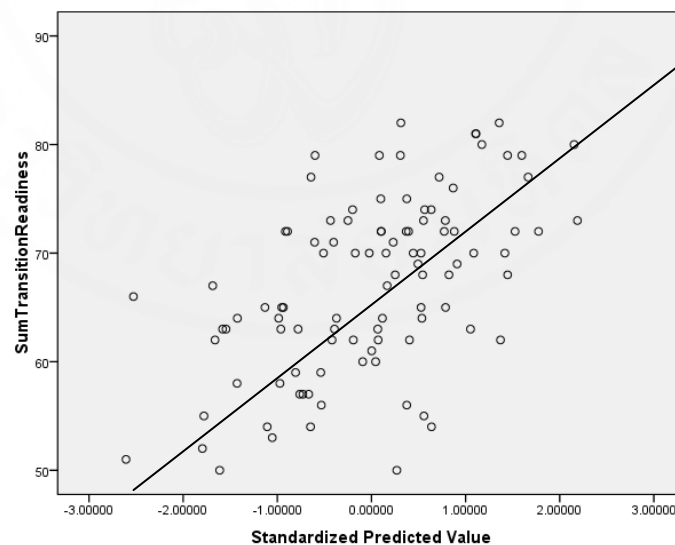
Dependent Variable : ผลลัพธ์ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน



2. การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังภาพ

Scatterplot

Dependent Variable : ผลลัพธ์ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน



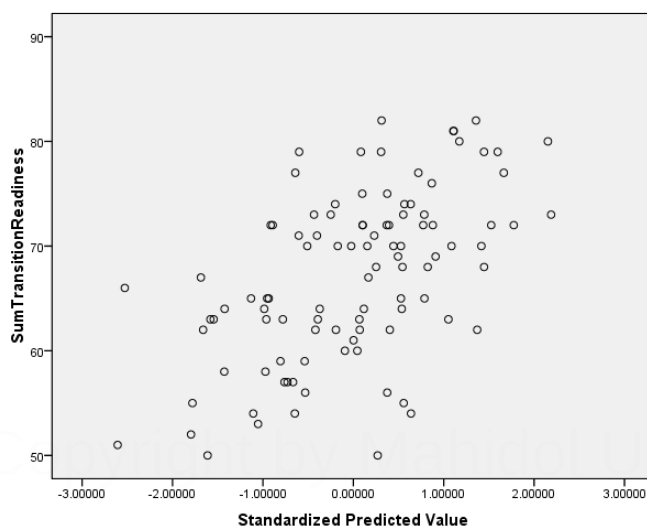
3. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance พบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูง โดยดูจากค่า VIF (ปกติค่าสูงสุดของ VIF = 10) รวมถึงค่า r ของตัวแปรแต่ละตัวไม่เกิน 0.80 (ตารางที่ 7) ดังตาราง

Model	Correlation			Collinearity Statistics	
	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1. การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง	-0.096	0.087	0.069	0.820	1.220
2. เศรษฐฐานะทางสังคม	0.155	0.108	0.087	0.954	1.049
3. อายุ	0.252	0.184	0.149	0.931	1.074
4. ความวิตกกังวล	-0.409	-0.221	-0.18	0.563	1.777
5. การรับรู้คุณค่าในตนเอง	0.359	0.05	0.04	0.593	1.686
6. การสนับสนุนทางสังคม	0.533	0.378	0.325	0.717	1.395

4. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวคือ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ดังภาพ

Scatterplot

Dependent Variable : ผลลัพธ์ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน



5. การตรวจสอบความเป็นอิสระจากกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson (d) พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.949 ซึ่งมีค่าใกล้ 2 หมายความว่า ค่าคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระจากกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistic					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.606 ^a	.367	.326	6.632	.367	8.978	6	93	.000	1.949

- a. Predictor: (Constant), การให้ความหมายกับโรคเรื้อรัง, เศรษฐฐานะทางสังคม, อายุ, ความวิตกกังวล, การรับรู้คุณค่าในตนเอง, การสนับสนุนทางสังคม
- b. Dependent Variable: ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน

ภาคผนวก จ

เอกสารการได้รับอนุญาตให้เครื่องมือวิจัย



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๓๐

โทร. ๐๒๔๔๑-๔๒๒๕ ต่อ ๓๐๙-๓๑๑ โทรสาร ๐๒-๔๔๑๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๐๒/๒๕๑๙

วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ นางกัญรัตน์ วงษ์เหมือน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย ที่สร้างดัดแปลงโดย นางสาวรัตนสุดา ยศวงศ์ศรีมิ่ง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๔ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาต่อความเจ็บป่วยของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (FACTORS INFLUENCING UNCERTAINTY IN ILLNESS OF PARENTS WITH CHILDREN ADMITTED IN INTENSIVE CARE UNIT)” ซึ่งมี ผศ.ดร.เรณู พุกบุญมี ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางกัญรัตน์ วงษ์เหมือน ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นนักศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบของหลักสูตรปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้) และผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ (หลักสูตรฯ จะถ่ายเอกสารส่งให้ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย) โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี “หลักสูตรการศึกษาพยาบาลปริญญาโท รามาธิบดี” เลขที่บัญชี ๐๒๖-๔๓๕๑๘๓-๗ การติดต่อหลักสูตรฯ โทร. ๐๒-๒๐๑๑-๒๐๑๘ หรือ ๐๒-๒๐๑๑-๑๖๗๓ หรือ ๐๒-๔๔๑-๔๒๓๔-๔๗ ต่อ ๕๐๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

- ทน

- พญ.กนกวรรณ
ผอ. ฝึกอบรม
8/๖๕๕๕
9 กค ๕๖

Windows Live Hotmail Print Message

Page 1 of 2

RE: Assessment tool

From: **Spielberger, Charles** (spielber@usf.edu)
Sent: Friday, May 13, 2011 12:36:01 AM
To: 'Kanyarat Jung' (angelkanya@hotmail.com)
3 attachments
1 SELF EVALUATION QUESTIONNAIRE stai-form-y1.tif (163.9 KB) , 2 SELF EVALUATION QUESTIONNAIRE stai-form-y2.tif (180.6 KB) , Permission Request Form-Blank.doc (67.0 KB)

Kanyarat Wongmuan
Faculty of Nursing
Mahidol University
Bangkok, Thailand

Dear Mr./Ms. Wongmuan:

I was very pleased to learn of your interest in using our State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in your thesis research. A copy of the English STAI Test Form is enclosed herewith as an attachment. Please fill out the attached Request Form and I will be happy to give you permission to use the STAI in your thesis research. Please provide your preferred postal mailing address and I will be happy to send you information about the STAI, including reprints of several articles that report research findings with this measure.

I am not familiar with the Thai version of the STAI developed by Professor Boonpean Jantawattana, and will greatly appreciate your sending me her (his) email address. I would like to write to her regarding her work with the Thai STAI, and to inform her that I am encouraging you to use the Thai version of the STAI that she (he) developed in your thesis research.

Warm personal regards and very best wishes on completing your Master's thesis research.

Charles D. Spielberger, PhD, ABPP, Distinguished Research Professor and Director,
Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology,
Department of
Psychology PCD 4118G University of South Florida, 4202 East Fowler Avenue,
Tampa, FL
33620-7200. Phone (813) 974-2342; Fax (813) 974-4617; Email:
spielber@usf.edu

From: Kanyarat Jung [mailto:angelkanya@hotmail.com]
Sent: Thursday, May 12, 2011 8:00 AM
To: Spielberger, Charles
Subject: Assessment tool

Dear Prof. Charles D. Spielberger
My name is Kanyarat Wongmuan. I am studying in Master of Nursing Science (Pediatric Nursing) at Mahidol University, Bangkok, Thailand. I am developing my proposal with Assoc. Prof. Dr. Nongluk Chintanadilok. I am interested in your questionnaire "The State-Trait Anxiety Inventory " for using in my thesis.
My thesis proposal is the topic of factors predicting transition readiness from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illnesses. From my review, anxiety is one factor to predicting transition

Windows Live Hotmail Print Message

Page 2 of 2

readiness. So I would like to use your assessment tool that translated into Thai version by Assoc. Prof. Boonpean Jantawattana. Her study were the effect of information intervention on mothers' anxiety level during their children's hospitalization in 2001. In that time, she had got your permission translating into Thai version and using "The State-Trait Anxiety Inventory " in her study. For my study, I would ask your permission for using this Thai version assessment tool of "The State-Trait Anxiety Inventory " (Boonpean 's version) in my thesis?

Thank you in advance for your consideration of this matter.

Respectfully,

Kanyarat Wongmuan
Faculty of Nursing Mahidol University, Bangkok, Thailand.
E-mail: angelkanya@hotmail.com



หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. ๐๒-๔๑๕-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑, ๑๔๑๒
โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๕/๐๐๒๖๑
วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๕๔
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ บุญเพียร จันทวัฒนา

ด้วย นางกันยารัตน์ วงษ์เหมื่อน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาแบบเด็กสู่การรักษาแบบผู้ใหญ่ของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง” (Factor predicting transition readiness from pediatric to adult medical care in adolescents with chronic illnesses) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ จินตนาติลภ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินความวิตกกังวลฉบับภาษาไทย คัดแปลโดย รองศาสตราจารย์ บุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ (2544) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของรายงานวิจัย วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1(2) เพื่อใช้ในการประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้อนุเคราะห์ด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.ฟองคำ ดิลกสกุลชัย)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ.ศ.ดร.ฟองคำ ดิลกสกุลชัย วามัน

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ฉบับภาษาไทย เพื่อการทำวิทยานิพนธ์

ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ 1๐๕

(รศ.บุญเพียร จันทวัฒนา)

๒๗ ม.ค. ๒๕๕๔

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางกันยรัตน์ วงษ์เหมือน

วัน เดือน ปี เกิด

8 กันยายน พ.ศ. 2519

สถานที่เกิด

จังหวัดเพชรบุรี

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2537-2541

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552-2555

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

ตำแหน่ง

พยาบาลประจำการ (พนักงานมหาวิทยาลัย)

สถานที่ทำงาน

หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ ตึกเจ้าฟ้ามหาจักรีชั้น 1

โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 แขวงศิริราช ถ.พรานนก

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

เบอร์โทรศัพท์ 02-4197000 ต่อ 5689, 5985

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

89/568 ม. 5 เพอร์เฟคพาร์ค ถ.ประชาอุทิศ ต.บางแม่นาง

อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี 11140

E-mail: angelkanya@hotmail.com