

วารสารสภาการพยาบาล

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2567 ISSN 2985 - 0894 (Online)

JOURNAL OF THAILAND NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL

JTNMC

Vol. 39 No. 03 (2024) ISSN 2985 - 0894 (Online)





วารสารสภาการพยาบาล

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council

ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. วิจิตร ศรีสุพรรณ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ	นายกสภาการพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด อ.ดร.วันดา ทองใบ	
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จิรวัฒน์กุล ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา คุณาวิทิตกุล ศาสตราจารย์ ดร. มรรยาท รุจิวิชญ์ ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์ ศาสตราจารย์ ดร. วารุณี พองแก้ว ศาสตราจารย์ ดร. วิภา จิระแพทย์ ศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ชรินทร์ ห่านิรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เฟิงจาด รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสพกิตติคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สิทธิธวัชวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร. มณี อาภานันท์กุล รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ	
ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ	รองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย	
วัตถุประสงค์	รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล 1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยทางการแพทย์และการผดุงครรภ์ 2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาล และที่เกี่ยวข้อง 3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ	
กำหนดออกวารสารสภาการพยาบาล: ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)	มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน ตุลาคม-ธันวาคม	
ผู้จัดการ	นางกรปภัทร ศิลปวิทย์	
ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางสาวนัฐพรณ ขวัญอยู่	
สำนักงาน	สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อาคารนครินทร์ศรี ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2596-7500 โทรสาร 0-2589-7121	
จัดทำโดย	บริษัท จุดทอง จำกัด เลขที่ 219 ถนนลาดพร้าว 53 แขวงสะพานสอง เขตวังทองหลาง กทม 10310 โทรศัพท์ 095-661-5996 email: goldenpoints@yahoo.com	

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาลนี้ ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาลเป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น บรรณาธิการและสภาการพยาบาลไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

รายงานวิจัย

ปัจจัยทำนายความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาที่มีระดับประคองครั้งแรก	313
แพงพรรณ ศรีบุญลือ กาพย์ชวิน บุญเดช ฟ้างาม เจริญผล ศรีเวียง ไพโรจน์กุล	
ปัจจัยทำนายความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	328
ธัชชา มิตรเปรียญ ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ	
ความสัมพันธ์ของความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ	342
สถิรกานต์ ท้าวจบ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล ชูหังษ์ ดีเสมอ	
ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	357
กฤติน สอนบาลี เวียงแก้ว จิตตวดี เจริญทอง ศิริรัตน์ ปานอุทัย	
ความสัมพันธ์ระหว่างความหมกมุ่นครุ่นคิดและการมีสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยในชุมชน: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง	373
เกษราภรณ์ เคนบุผา รุ่งมณี ยิ่งยีน พลัပ္พลิง หาสุข	
ทุนเดิมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่เอื้อต่อการศึกษาลัทธิสตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต: กรณีศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน	386
นัชพร ฤทธาปัญญา ปรัชชัย ดาวอุดม	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	406
ณยฎา ธนกิจธรรมกุล พิมพ์ภา ปัญญาใหญ่ ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์	
ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกลต่อระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ	422
มลฤดี สิงหล อุษาวดี อัศตรวิเศษ เกศศิริ วงษ์คงคำ ชูศักดิ์ เกษมศานต์	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	439
สุรศักดิ์ มุลศรีสุข จตุพร โยธา อมราพร จิรากร นริศ ใจบริสุทธิ์กุล ชนิกานต์ ธรรมกุล ปฐมภรณ์ เรืองปิยะสกุล	

บทความวิชาการ

อาหารและโภชนาการเพื่อความยั่งยืนในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ	455
พัชรารณ ใหวัดดี นฤมล เปียชื่อ	

Research Reports

Factors Predicting the Difficulty of Pain Management in Patients Receiving First Palliative Care Consultation	313
Paengpan Sribunlue Kapchawin Boondet Fa-ngam Charoenpol Sriwieng Pairojkul	
Factors Predicting Learning Needs in Patients with Acute Coronary Syndrome	328
Thanatcha Mitparien Sarinrut Sriprasong Doungrut Watanakitkriert Thamarath Chantadansuwan	
Relationships of Knowledge, Health Literacy, and Preventive Behaviors among Persons at Risk for Coronary Artery Disease	342
Sathirakan Thuajop Wantana Maneesriwongul Suhong Deesamer	
Electronic Health Literacy and Self-Care Among Older Persons with Heart Failure	357
Krittin Sonbalee Wiangkaew Jittawadee Rhiantong Sirirat Panuthai	
The Association between Ruminative Thoughts and Mindfulness among Patients with Major Depressive Disorder: A Cross-sectional Study	373
Kedsaraporn Kenbubpha Rungmanee Yingyeun Plubplung Hasook	
Exploring Original Capital Supporting Ethnic Nursing Students in a Bachelor of Nursing Science Program: A Case Study of a Private Higher Education Institution	386
Nutchaporn Ritthapanya Pharichai Daoudom	
Effects of a Rational Antibiotic Use Literacy Promotion Program on Rational Antibiotic Use Literacy in Village Health Volunteers	406
Nayada Thanakijtummakul Pimpaka Panyoyai Sirakarn Chantachaloempong	
The Effects of a Telehealth Program on International Normalized Ratio Levels in Patients Undergoing Valvular Heart Surgery	422
Monrudee Singhol Usavadee Asdornwised Kessiri Wongkongkam Choosak Kasemsarn	
Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Heart Failure Care Behaviors and Revisit Rates in Patients with Heart Failure	439
Surasak Mulrsisuk Jatuporn Yotha Amaraporn Chirakorn Naris Jaiborisuttigul Chanikan Thammakul Patamaporn Ruangpiyasakul	

Academic Articles

Food and Nutrition for Sustainable Management of Sarcopenia in Older Adults	455
Phatcharaphon Whaikid Narumon Piaseu	

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสภาการพยาบาลฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) นี้เผยแพร่ในช่วงเดือนของวันแม่แห่งชาติ 12 สิงหาคมเป็นวันเฉลิมพระชนมพรรษาของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี พันปีหลวง ขอกราบถวายพระพร ขอพระองค์ทรงพระเจริญยิ่งยืนนาน วันที่ 12 สิงหาคมยังเป็นวันแม่แห่งชาติ ขอให้คุณแม่ทุกท่านมีความสุขมาก ๆ ค่ะ ในเดือนสิงหาคมนี้เรายังได้มีโอกาสติดตามกีฬาโอลิมปิกเกมส์ 2024 ที่กรุงปารีส ขอแสดงความยินดีกับทั้ง 6 เหรียญแห่งความภาคภูมิใจของชาวไทย รวมทั้งนักกีฬาไทยและทีมทุกท่าน ตลอดจนนักกีฬาของทุกประเทศที่ร่วมกันในครั้งนี้

บทความในฉบับนี้ล้วนเป็นงานที่มีคุณภาพที่แสดงถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลประชาชน ส่วนใหญ่ยังคงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นบทความวิจัยที่เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ 1 เรื่องเกี่ยวกับความหมกมุ่นครุ่นคิดและการมีสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการศึกษาที่ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 3 เรื่อง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและการส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผ่านสื่อทางไกลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ตลอดจนการศึกษาเกี่ยวกับความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาที่มึนระดับประคองครั้งแรก ความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทุนเดิมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ ปิดท้ายด้วยบทความวิชาการ 1 เรื่อง เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ

วารสารสภาการพยาบาลขอประชาสัมพันธ์การส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยสามารถเข้าถึงคำแนะนำเตรียมต้นฉบับและรูปแบบการอ้างอิงได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC> และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่คุณกรภัทร ศิลปวิทย์ Email: kornpapat3@gmail.com โทร. 081-955-6655 หรือคุณนัฐพรณ ขวัญอยู่ Email: nutthaparn.tnmc@gmail.com โทร. 02-596-7521

ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ
บรรณาธิการวารสารสภาการพยาบาล

Editor's note

The third issue (July–September) of the Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council (JTNMC) has been published online. On 12 August 2024, Thailand celebrated the auspicious occasion of Her Majesty Queen Sirikit, The Queen Mother's Birthday Anniversary. Long live Her Majesty Queen Sirikit, The Queen Mother. This day also marks National Mother's Day. Happy Mother's Day to all mothers. We also followed closely the 2024 Olympic Games in Paris. Congratulations on the six medals that brought pride to the Thai people, as well as to all Thai athletes, teams, and participants from all nations.

This issue features high-quality articles that highlight the role of nurses in caring for people. Most of the articles focus on the management of non-communicable diseases. There is one research article published in English, describing ruminative thoughts and mindfulness in patients with major depressive disorder. There are three articles that employ the concept of health literacy: "Health literacy in people at risk for coronary artery disease," "Electronic health literacy in older adults with heart failure," and "Promoting rational antibiotic use literacy in village health volunteers." Additionally, this issue covers "the effectiveness of a self-efficacy enhancement program for patients with heart failure," "a telehealth program for patients undergoing valvular heart surgery," "difficulty of pain management in patients receiving first palliative care consultation," "Learning needs in patients with acute coronary syndrome," and a qualitative study exploring original capital supporting ethnic nursing students. The review article focuses on food and nutrition for managing sarcopenia in older adults.

The JTNMC invites submissions of manuscripts in both Thai and English for publication. For submission guidelines and journal citation formats, please visit <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC>. For further inquiries, please contact Ms. Kornpapat Silapavit at kornpapat3@gmail.com or call 081-955-6655, or Ms. Nutthaparn Kwanyoo at nutthaparn.tnmc@gmail.com or call 662-596-7521.

Professor Dr. Noppawan Piaseu
Editor-in-Chief

ปัจจัยทำนายความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษา ทีมระดับประจักษ์ครั้งแรก

แพงพรรณ ศรีบุญลือ พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)¹

กาญจนา นุญเดช พย.บ.²

ฟ้างาม เจริญผล พ.บ.,ว.ว.³

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล พ.บ.,ว.ว.⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ความปวดเป็นอาการไม่สบายที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประจักษ์ครั้งแรก ในผู้ป่วยที่มีความปวดซับซ้อนมักมีอาการไม่สบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ อาจทำให้การจัดการความปวดทำได้ยากขึ้นและเปลี่ยนเป็นความปวดที่เรื้อรังและรุนแรง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายความยากในการจัดการความปวดของปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมระดับประจักษ์ครั้งแรก โดยใช้โมเดลชีว-จิต-สังคมของความปวดเรื้อรังโดยองค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยที่จัดการความปวดได้ยาก จำนวน 85 ราย และ ผู้ป่วยที่สามารถจัดการความปวดได้ดี จำนวน 85 ราย ทั้งสองกลุ่มมีโรค เพศ และอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบสอบถามปรอทวัดทุกซัปดาห์ผู้วิจัยและคณะดัดแปลงขึ้น แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปรอทวัดทุกซัปดาห์มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติอ้างอิง ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบพหุ

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.65) ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 59 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.82) เป็นโรคเมเร็งระยะท้าย (ร้อยละ 90.59) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 70.59) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยด้านเพศ กลุ่มโรคและอายุพบว่า ปัจจัยที่ร่วมทำนายความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมระดับประจักษ์ครั้งแรก ได้แก่ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (OR 2.82, 95% CI= 1.0-7.67, p=.042) ความวิตกกังวลของครอบครัว (OR 11.45, 95% CI= 5.58-23.53, p<.001) การขาดแหล่งสนับสนุน (OR 4.94, 95% CI=1.35-18.01, p=.016) ปัญหาด้านจิตใจ (OR 4.72, 95% CI= 2.39-9.33, p<.001) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ (OR 15.61, 95% CI=5.24-46.50, p <.001) และความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (OR 7.43, 95% CI=3.06, -18.03, p<.001)

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะต่อพยาบาลและทีมสุขภาพในการประเมินทุกมิติของผู้ป่วยที่มีความปวดที่ปรึกษาทีมระดับประจักษ์ครั้งแรก และให้การดูแลจัดการความปวดอย่างเป็นองค์รวม เพื่อลดความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วย

คำสำคัญ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ความปวด
การจัดการ ทีมระดับประจักษ์

วันที่ได้รับ 26 ม.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 3 พ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 23 ก.ค. 67

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: paenth@kku.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อาจารย์ สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴ รองศาสตราจารย์ ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Factors Predicting the Difficulty of Pain Management in Patients Receiving First Palliative Care Consultation

Paengpan Sribunlue M.N.S.¹

Kapchawin Boondet R.N.²

Fa-ngam Charoenpol M.D.³

Srivieng Pairojkul M.D.⁴

Extended Abstract

Introduction Pain is a common symptom in palliative care patients. Those with complex pain suffer both physically and psychologically. Without holistic care, pain management becomes increasingly difficult, often resulting in chronic, and severe pain.

Objectives This study aimed to investigate the joint predictive ability of psychological, social, and spiritual factors in predicting the difficulty of pain management in patients with first-time palliative care consultation, using the World Health Organization's bio-psycho-social model of chronic pain as the conceptual framework.

Design This research employed a retrospective matched-case control study.

Methodology This study included 85 patients with difficulty in pain management and 85 patients with effective pain management. Both groups had no significant differences in principal diagnosis, gender, and age. Data were collected using a demographic form and a modified distress thermometer assessment questionnaire divided into three parts: psychological, social, and spiritual. The content validity index was .90, and the reliability coefficient of the questionnaire, measured by Cronbach's alpha, was .75. Descriptive and inferential statistics, including Chi-square tests and Multiple logistic regression, were used for data analysis.

Results Most participants were male (57.65%), with a median age of 59. Most of them were married (68.82%). After controlling for principal diagnosis, gender, and age, factors that jointly predicted difficulty in pain management were economic problems (OR 2.82, 95% CI= 1.0–7.67, $p=.042$), family anxiety (OR 11.45, 95% CI= 5.58–23.53, $p<.001$), lack of support (OR 4.94, 95% CI=1.35–18.01, $p=.016$), psychological problems (OR 4.72, 95% CI= 2.39–9.33, $p<.001$), spiritual problems (OR 15.61, 95% CI= 5.24–46.50, $p<.001$), and unmet needs (OR 7.43, 95% CI=3.06–18.03, $p<.001$).

Recommendation The findings of this study suggest that nurses and healthcare teams should assess all dimensions of patients experiencing pain during their first consultation with palliative care and provide holistic pain management to reduce the difficulty in managing pain.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 313–327

Keywords physical factors/ psychological factors/ social factors/ spiritual factors/ pain/ management/ palliative care team

Received 26 January 2024, Revised 3 May 2024, Accepted 23 July 2024

¹Corresponding author, Registered Nurse (Practitioner level), Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand E-mail: paenth@kku.ac.th

²Registered Nurse (Professional level), Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand

³Lecturer, Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand

⁴Associate Professor, Karunruk Palliative Care Excellent Center, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือโรคที่จำกัดอายุขัย โดยมุ่งเน้นดูแลคุณภาพชีวิตให้การดูแลแบบองค์รวม ปลอดภัยจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว¹ เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้พัฒนามาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อใช้ในการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัดที่สำคัญคือคุณภาพการดูแลความปวด เนื่องจากความปวดเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย โดยกำหนดมาตรฐานคือให้การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพภายใน 48 ชั่วโมงหลังเริ่มให้การดูแล^{2,3}

ความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองพบได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค เช่น ในกลุ่มโรคมะเร็งสาเหตุเกี่ยวข้องกับโรคหรือเซลล์ก่อนมะเร็งกดเบียดอวัยวะ การแพร่กระจายของตัวโรค โดยสามารถพบได้มากถึงร้อยละ 40-70⁴ และในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น ภาวะโรคหัวใจวาย โรคปอดเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตวาย ก็มีความปวดได้เช่นเดียวกัน ความปวดที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน เมื่อความปวดนั้นทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และต่อคุณภาพชีวิต^{4,5} ความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อผู้ป่วยคือร่างกายจะมีการตอบสนองทั้งการทำงานของระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง มีการขยายสัญญาณความปวดทำให้กลายเป็นความปวดเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากขึ้นและมีความยากต่อการจัดการความปวดนั้น ๆ ให้ลดลงหรือหมดไป⁶ ที่สำคัญเมื่อความปวดที่เรื้อรังและมีความรุนแรงยังคงอยู่กับผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่ออื่น ๆ ตามมา ดังเช่น ด้านร่างกายทำให้อ่อนแอ ไม่อยากเคลื่อนไหว ไม่อยากรับประทานอาหาร

ด้านจิตใจอาจทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า คิดอยากตายเพราะเกรงกลัวต่อความทุกข์ทรมานจากความปวด⁷ ทางด้านสังคมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากต้องนอนติดเตียงตลอดเวลา⁸ ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะจิตสังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง ซ้ำซ้อนและจัดการยากจะมีความทุกข์ทั้งทางกายและทางใจประกอบกัน^{4,6} ความปวดของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัว⁸ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลใจที่เห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย^{8,9} และทำให้การรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้นเนื่องจากไม่สามารถคุมความปวดได้ที่มีสุขภาพไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้และระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนานเป็นการลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีกับครอบครัว¹⁰

ศูนย์การรณรงค์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นศูนย์การดูแลเฉพาะทางที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาบำบัด มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การติดตามประสิทธิภาพของการจัดการทั้งทางกายและทางใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดเพราะเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยระยะท้าย¹¹ จากสถิติพบว่าผู้ป่วยเข้ามารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่าในปีพ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 1,264 1,313 และ 1,363 รายต่อปีตามลำดับ และมีการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพใน 48 ชั่วโมงหลังการปรึกษาร้อยละ 90.3, 85.84, 88.99 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการคุมความปวดได้ดีมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความปวดได้ยากมีจำนวนมากขึ้นทุกปี นอกเหนือจากอาการไม่สุขสบายทางกายที่ต้องได้รับ

การดูแลและการจัดการยังมีการไม่สุขสบายทางใจร่วมด้วย โดยในปี พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างมากร้อยละ 7.01 และอยู่ในภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.27

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประจักษ์ประจักษ์จะได้รับประจักษ์และดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 9 มิติ¹² ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย อาการทางกาย อาการด้านจิตใจ ความสามารถในการตัดสินใจ การได้รับข้อมูลความต้องการทางสังคม ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความต้องการความช่วยเหลือทางจิต และการคาดการณ์เกี่ยวกับอาการที่จะเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิต ถึงแม้จะได้รับการดูแลเช่นเดียวกัน ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังจัดการความปวดได้ยากจากการทบทวนวรรณกรรม^{4,7,8} พบว่าความปวดส่งผลต่อจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ในทางกลับกันหากแต่ละปัจจัยมีความรุนแรงหรือมีหลายปัจจัยที่ยังมีปัญหาลงเสริมสนับสนุนกันและยังไม่ได้การแก้ไข อาจส่งผลต่อความปวดที่มีอยู่นั้นจัดการอาการได้ยาก ถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดโอปิออยด์^{13,14} การช่วยเหลือหรือป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นทำให้ความปวดจัดการได้ดีขึ้น¹³ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินและให้การดูแลในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ส่งผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมระดับประจักษ์ที่ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลรักษาทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการประเมินและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายความยากในการจัดการความปวดของปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมระดับประจักษ์ครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมระดับประจักษ์ครั้งแรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด The biopsychosocial model of chronic pain¹⁵ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กล่าวคือ การรับรู้ความเจ็บปวดเป็นการทำงานร่วมกันที่ซับซ้อน สมองทำหน้าที่ประมวลผลการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ส่งผลกระทบต่อวิธีการถ่ายทอดความเจ็บปวดและประสบการณ์จัดการกับความทุกข์ทรมานทำให้ความปวดจัดการได้ยากกลายเป็นความปวดเรื้อรัง

การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (effective pain management) คือการที่ผู้ป่วยประสบความทุกข์ทรมานจากความปวด (patients suffering from pain) และเข้าสู่การจัดการความปวดแล้วความปวดลดลงจากการประเมินครั้งแรกร้อยละ 50 ภายใน 48 ชั่วโมงแรกตามดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการลดปวด² อย่างไรก็ตาม หากความปวดไม่ลดลงตามเกณฑ์ดังกล่าวจึงเป็นความยากในการจัดการความปวด (difficulty of pain management) ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านร่างกาย (physical factors) ได้แก่ เพศ (gender) อายุ (age) การวินิจฉัยหลัก (primary diagnosis) 2) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problems) คือ ความกลัว (fear) ความกระวนกระวาย (distress) ความเศร้าเสียใจ (sorrow) ความกังวล (anxiety) ความเบื่อหน่าย/ไม่สนใจ (bored/disinterest) 3) ปัจจัยด้านสังคม (social factors) ได้แก่ ความวิตกกังวลของ

ครอบครัว (family anxiety) ปัญหาเศรษฐกิจ (economic problem) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล (family caregiver burden) การขาดการสนับสนุน (lack of support) และ 4) ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ (spiritual factors) ได้แก่ ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

(spiritual problem) ปัญหาความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs) ซึ่งทำให้การจัดการความปวดได้ดี (effective pain management) หรือการจัดการความปวดยาก (difficulty of pain management) (Figure 1)

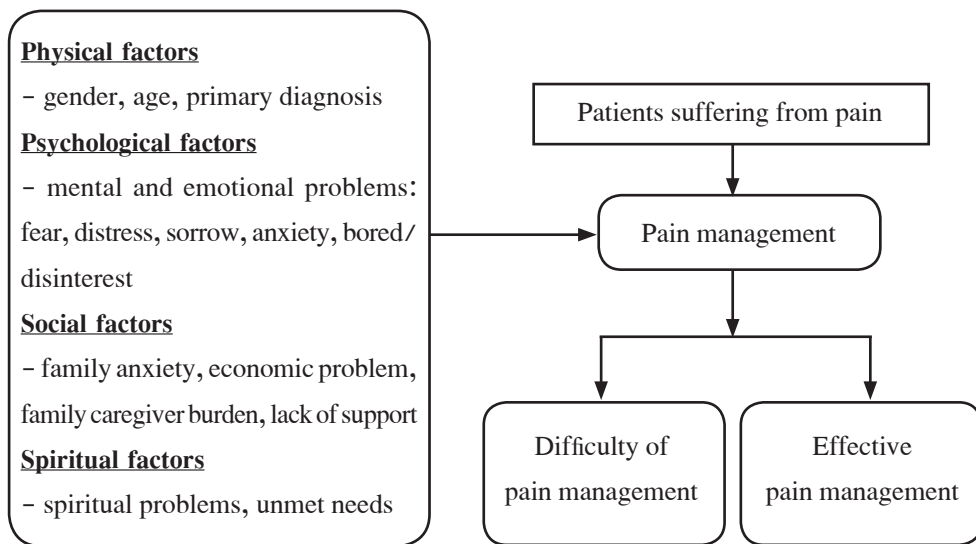


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา (Retrospective matched-case control study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมประคับประคองเป็นครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมประคับประคองการรณรงค์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยในช่วงเวลาดังกล่าวนี้นี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคองจากทีมประคับประคองศูนย์การรณรงค์ที่มีคะแนนปวดครั้งแรกในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จำนวนทั้งสิ้น 950 ราย

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มศึกษา (Case) เป็นผู้ป่วยที่จัดการความปวดยาก ประเมินด้วย numeric rating pain scale โดยมีคะแนนปวดแรกรับในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนและหลังให้การดูแลโดยทีมประคับประคองคะแนนความปวดลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 ภายใน 48 ชั่วโมงแรกภายหลังการรับปรึกษาเป็นครั้งแรก

2) กลุ่มควบคุม (Control) เป็นผู้ป่วยที่จัดการความปวดได้ดี ประเมินด้วย numeric rating pain scale มีคะแนนปวดแรกรับในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ

4 คะแนน หลังให้การดูแลโดยทีมประคับประคอง คะแนนความปวดลดลงได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังการรับปรึกษาโดยการจับคู่ (matching) กับกลุ่มศึกษาตามเพศ กลุ่มโรค และอายุที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี

เกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ที่มีผลต่อการควบคุมความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดและได้รับคำปรึกษาโดยทีมประคับประคอง จึงมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินโดยวิธีการจับคู่ (matching) เพื่อให้ตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน โดยผู้วิจัยเลือกจับคู่แบบ 1 ต่อ 1 และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (homogeneity)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด และความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอผู้วิจัยใช้สัดส่วน Case: Control เป็น 1:1 ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยใช้สูตรดังนี้

$$n_{case} = \frac{(M+1) \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}(1+\psi) + 2z_{1-\beta}\sqrt{\psi}}{\psi-1} \right]^2}{2Mk(\psi+1)\bar{\pi}_p(1-\bar{\pi}_p)}$$

$$k = 1/[1 + (\psi-1)\bar{\pi}_p], \quad M = \text{controls : case}$$

$$\psi = OR., \quad \bar{\pi}_p = p(\text{exposure})$$

p สัดส่วนของกลุ่มที่ได้รับปัจจัยเสี่ยงจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา¹⁶ เท่ากับ 0.3

Odds ratio ของตัวแปรที่สนใจจะศึกษา จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา¹⁶ เท่ากับ 4.199

Z ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ยอมรับได้ กำหนดค่า α เท่ากับ .05 ($Z = 1.96$)

β ค่าความเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Type II error)

กำหนดค่าเท่ากับ .10 ($\beta = 1.28$)

แทนค่าตามสูตรในโปรแกรมวิเคราะห์ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยแบบ Matched case control ในโปรแกรม n4Studies Plus¹⁷ ได้จำนวนตัวอย่าง 50.16 หรือ 51 ราย ต่อกลุ่ม

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังคำนึงถึงขนาดของตัวอย่างที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ Multiple logistic regression จึงได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรดังนี้

$$n_1 = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + \frac{P_2(1-P_2)(1-B)}{B}} \right]^2}{(1-B)(P_1-P_2)^2}$$

$$P = (1-B)P_1 + BP_2$$

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho_{1,2...p}^2}$$

Z ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ยอมรับได้ กำหนดค่า α เท่ากับ .05 ($Z = 1.96$)

β ค่าความเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Type II error)

กำหนดค่าเท่ากับ .95 ($\beta = 1.64$)

P1 สัดส่วนผู้ที่ได้รับการปรึกษาจากทีม Palliative care แล้วควบคุมความปวดได้¹⁶ เท่ากับ 0.7

P2 สัดส่วนผู้ที่ได้รับการปรึกษาจากทีม Palliative care แล้วควบคุมความปวดไม่ได้¹⁶ เท่ากับ 0.3

แทนค่าตามสูตรในโปรแกรมวิเคราะห์ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression ในโปรแกรม n4Studies Plus¹⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 91.6 หรือ 92 ราย

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างทั้งสองวิธีข้างต้น พบว่า จำนวนตัวอย่างของกลุ่มศึกษา จำนวน 85 ราย และกลุ่มควบคุม 85 ราย รวมทั้งสิ้น 170 ราย เพียงพอสำหรับการศึกษานี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยในการศึกษาค้างนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การวินิจฉัยโรคหลักมะเร็ง/ไม่ใช่มะเร็ง การมีโรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปรอทวัดทุกข์ (Distress thermometer) สร้างขึ้นโดย Roth และคณะ ในปี ค.ศ. 1998^{18,19} และได้รับการพัฒนาต่อโดย National Comprehensive Cancer Network (NCCN) พัฒนาฉบับภาษาไทยโดยภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์และสวาทิเรจติยานวัตรใช้ในการคัดกรองความทุกข์ใจของผู้ป่วยสามารถช่วยคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้อง²⁰ เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ด้านคือด้านที่ 1 เป็นปรอทวัดทุกข์โดยจะให้ผู้ป่วยวงกลมตัวเลข 1-10 ที่บอกความรู้สึกทุกข์ใจในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยได้ดีที่สุด โดย 0 คือ ไม่ทุกข์เลย จนถึง 10 คือ มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส และด้านที่ 2 เป็นการระบุปัจจัยที่สร้างภาวะความทุกข์ใจ โดยแบ่ง เป็น 5 หัวข้อ ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านอารมณ์ ความเชื่อทางศาสนา ปัญหาทางกายและการใช้ชีวิตประจำวัน รวม 21 อาการ ที่พบว่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในส่วนนี้ผู้ตอบแบบสอบถามใช้วิธีการทำเครื่องหมายหน้าหัวข้อที่เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะทุกข์ใจของผู้ป่วย

ผู้วิจัยและคณะได้ประยุกต์แบบสอบถามปรอทวัดทุกข์ฉบับเดิมส่วนที่ 2 ตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวมแบบ 9 มิติ¹² เกณฑ์การพิจารณาปัจจัยของแต่ละด้านต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ถือว่าเข้าเกณฑ์ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ปัญหาด้านจิตใจ/อารมณ์ เช่น ความหวาดกลัวความกระวนกระวาย ความเศร้าเสียใจ ความกังวล ความเบื่อหน่าย/ไม่สนใจ 2) ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัญหาในครอบครัว ได้แก่ ความวิตกกังวลของครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว

อย่างน้อยหนึ่งคนบอกว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น ปัญหาการเงิน/ค่าใช้จ่าย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล เช่น ไม่อยากดูแลผู้ป่วย และปัญหาด้านขาดแหล่งสนับสนุน เช่น ไม่มีผู้ดูแลและช่วยเหลือด้านการดูแล ไม่มีแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ไม่มีเพื่อนบ้านหรือทีมสุขภาพที่ให้การช่วยเหลือ ไม่มีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น และ 3) ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ เป็นการตอบสนองด้านศาสนา ความเชื่อ เช่น ไม่สามารถทำตามประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อ ไร้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ มองชีวิตไร้คุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงในทางลบ และปัญหาด้านความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบสอบถามปรอทวัดทุกข์ฉบับประยุกต์โดยผู้วิจัยและคณะ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ประคับประคองจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลระดับประคองจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการที่ประยุกต์จากแนวคิดของแฮมเบลตันและคณะ^{20,21} ได้ค่า content validity index เท่ากับ .90 จากนั้นผู้วิจัยปรับข้อคำถามบางข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามปรอทวัดทุกข์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษา

ทีมประคับประคองเป็นครั้งแรก ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขจริยธรรมคือ HE661384 รับรองเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และหัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ เพื่อป้องกันการลบล้างความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอรับการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ในการเข้าถึงข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของศูนย์การุณรักษ์เวชระเบียนผู้ป่วยและระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ลงข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลของงานวิจัย เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลารวม 19 เดือน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยคนเดียวในผู้ป่วยทุกรายในช่วงเวลาดังกล่าว โดยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้า จำนวน 170 ราย แบ่งเป็น กลุ่มศึกษา จำนวน 85 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 85 ราย

Table 1 Comparisons of demographic data between case (n=85) and control (n=85) groups using Chi-square test (n=170)

Characteristic	Total n (%)	Case n (%)	Control n (%)	p-value
Age; Median (IQR)	59 (50, 68)	59 (50, 68)	60 (50, 68)	.940
Gender				
Male	98 (57.65)	49 (57.65)	49 (57.65)	.999
Female	72 (42.35)	36 (42.35)	36 (42.35)	

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่มีผลต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองเป็นครั้งแรก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis) แบบ backward

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากศูนย์การุณรักษ์ที่มีคะแนนความปวดครั้งแรกในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จำนวน 170 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.65) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 42.35) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.82) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 25.29) รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 20.59) และรับราชการ (ร้อยละ 11.76) ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งระยะท้าย (ร้อยละ 90.59) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 70.59) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาโดยใช้การทดสอบไคสแควร์พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 1)

Table 1 Comparisons of demographic data between case (n=85) and control (n=85) groups using Chi-square test (n=170) (Cont.)

Characteristic	Total n (%)	Case n (%)	Control n (%)	p-value
Marital status				
Single	22 (12.94)	12 (14.12)	10 (11.76)	.473
Married	117 (68.82)	58 (68.24)	59 (69.41)	
Widowed	20 (11.76)	8 (9.41)	12 (14.12)	
Divorced/ separated	11 (6.47)	7 (8.24)	4 (4.71)	
Occupation				
Civil servant	20 (11.76)	11 (12.94)	9 (10.59)	.123
Pensioner	18 (10.59)	6 (7.06)	12 (14.12)	
Agriculture	43 (25.29)	19 (22.35)	24 (28.24)	
Merchant	17 (10.00)	11 (12.94)	6 (7.06)	
Monk	4 (2.35)	2 (2.35)	2 (2.35)	
Employee	20 (11.76)	15 (17.65)	5 (5.88)	
Unemployed	35 (20.59)	17 (20.00)	18 (21.18)	
Other	13 (7.65)	4 (4.71)	9 (10.59)	
Principle diagnosis				
Non-cancer	16 (9.41)	8 (9.41)	8 (9.41)	.999
Cancer	154 (90.59)	77 (90.59)	77 (90.59)	
Comorbidity				
No	120 (70.59)	63 (74.12)	57 (67.06)	.313
Yes	50 (29.41)	22 (25.88)	28 (32.94)	

ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วยที่จัดการความปวดยาก มีปัญหามากที่สุดด้านจิตใจ (ร้อยละ 54.12) ด้านสังคม โดยมีความวิตกกังวลของครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 80.00) และปัญหาด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ 43.53) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่สามารถจัดการความปวดได้ดี พบปัญหาด้านจิตใจ (ร้อยละ 20.00) ด้านสังคมโดยมีความวิตกกังวลของครอบครัว (ร้อยละ 25.88) และด้านจิตวิญญาณโดยความต้องการด้านจิตวิญญาณ

(ร้อยละ 4.71) และความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (ร้อยละ 8.24) แตกต่างจากผู้ป่วยที่จัดการความปวดยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ยกเว้นความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่จัดการความปวดยากและผู้ป่วยที่สามารถจัดการความปวดได้ดี พบปัญหามากที่สุดสองอันดับแรกเช่นเดียวกันคือ ความวิตกกังวลของครอบครัวและปัญหาด้านจิตใจ (Table 2)

Table 2 Comparisons of psychological, social, and spiritual factors between case (n = 85) and control (n = 85) groups using Chi-square test

Factors	Total n (%)	Case n (%)	Control n (%)	p-value
Psychological factors				
Psychological problem	63 (37.06)	46 (54.12)	17 (20.00)	<.001
Social factors				
Family anxiety	90 (52.94)	68 (80.00)	22 (25.88)	<.001
Financial problem	21 (12.35)	15 (17.65)	6 (7.06)	.036
Caregiver burden	9 (5.29)	6 (7.06)	3 (3.53)	.496
Lack of support	16 (9.41)	13 (15.29)	3 (3.53)	.009
Spiritual factors				
Spiritual need	41 (24.12)	37 (43.53)	4 (4.71)	<.001
Unmet need	41 (24.12)	34 (40.00)	7 (8.24)	<.001

ผลการวิเคราะห์หัตถดอยลอจิสติกแบบพหุ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความยากในการจัดการความปวด ในผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัว ความกระวนกระวาย ความเศร้าเสียใจ ความกังวล ความเบื่อหน่าย/ไม่สนใจ (OR 4.72, 95% CI= 2.39-9.33, p<.001) ปัจจัยด้านสังคม คือ ความวิตกกังวล ของครอบครัว (OR 11.45, 95% CI= 5.58-23.53, p<.001) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ปัญหาการเงิน/ ค่าใช้จ่าย (OR 2.82, 95% CI= 1.0-7.67, p=.042) ปัญหาด้านขาดแหล่งสนับสนุน เช่น ไม่มีผู้ดูแลและช่วยเหลือด้านการดูแล ไม่มีแหล่งช่วยเหลือในชุมชน

เช่น ไม่มีเพื่อนบ้าน ที่มสุขภาพให้การช่วยเหลือไม่มีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (OR 4.94, 95% CI=1.35-18.01, p=.016) และ ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ คือ มีปัญหาด้านจิตวิญญาณ เป็นการตอบสนองด้านศาสนา ความเชื่อ จิตวิญญาณ เช่น ไม่สามารถทำตามประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อ ไร้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ มองชีวิตไร้คุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงในทางลบ (OR 15.61, 95% CI= 5.24-46.50, p<.001) มีปัญหาด้านความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ได้แก่ มีสิ่งค้างคาที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (OR 7.43, 95% CI=3.06-18.03, p<.001) (Table 3)

Table 3 The associations of psychological, social, spiritual factors and the difficulty of pain management in patients receiving first palliative care consultation using Multiple Logistic Regression (n=170)

Individual factors	Odds ratio	95% CI	p-value
Age (years)	1	0.98 - 1.02	.941
Gender			
Male	Ref.		
Female	1	0.54 - 1.84	.999
Cancer			
No	Ref.		
Yes	1	0.36 - 2.80	.999
Comorbidity			
No	Ref.		
Yes	1.41	0.72 - 2.73	.313

Table 3 The associations of psychological, social, spiritual factors and the difficulty of pain management in patients receiving first palliative care consultation using Multiple Logistic Regression (n=170) (Cont.)

Individual factors	Odds ratio	95% CI	p-value
Psychological factor			
- Psychological problem			
No	Ref.		
Yes	4.72	2.39 – 9.33	<.001
Social factors			
- Family anxiety			
No	Ref.		
Yes	11.45	5.58 – 23.53	<.001
- Economic problem			
No	Ref.		
Yes	2.82	1.04 – 7.67	.042
- Caregiver burden			
No	Ref.		
Yes	2.08	0.50 – 8.59	.313
- Lack of support			
No	Ref.		
Yes	4.94	1.35 – 18.01	.016
Spiritual factors			
- Spiritual problem			
No	Ref.		
Yes	15.61	5.24 – 46.50	<.001
- Unmet needs			
No	Ref.		
Yes	7.43	3.06 – 18.03	<.001

Hosmer-Lemeshow Chi-square = 4.56, $p > .05$; -2 log likelihood = -115.557; Pseudo $R^2 = .318$;

Ref.: Reference

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมระดับประจักษ์ครั้งแรก ประกอบด้วย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านจิตวิญญาณสามารถอภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมระดับประจักษ์มีความปวดเป็นสิ่งเร้าที่

ทำให้เกิดการรับรู้ สมองทำหน้าที่ประมวลผลการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้ความปวดเมื่อความปวดรุนแรงมากขึ้น ความปวดจะส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความหวาดกลัว ความกระวนกระวาย ความเศร้าเสียใจ ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่าย/ไม่สนใจในกิจวัตรทั่วไป ปัญหาด้านสังคมคือ มีปัญหาด้านครอบครัววิตกกังวล มีปัญหา

ด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาในชีวิตประจำวัน เช่น มีปัญหาการเงิน/ค่าใช้จ่าย มีปัญหาด้านขาดแหล่งสนับสนุน เช่น ไม่มีผู้ดูแลและช่วยเหลือด้านการดูแล ไม่มีแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น ไม่มีเพื่อนบ้าน ทีมสุขภาพให้การช่วยเหลือ ไม่มีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล และมีปัญหาด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นการตอบสนองด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ เช่น ไม่สามารถทำตามประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อ ไร้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ มองชีวิตไร้คุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงในทางลบ มีปัญหาด้านความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ได้แก่ มีสิ่งค้างคาที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง หากบางปัญหาหรือทุกปัญหาไม่ได้รับการจัดการ จะทำให้ความปวดที่มีอยู่จัดการได้ยากขึ้น

ปัจจัยด้านจิตใจส่งผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมระดับประจักษ์ครั้งแรก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความหวาดกลัว ความกระวนกระวาย ความเศร้าเสียใจ ความกังวลใจโดยปัญหาด้านจิตใจที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 4.72 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²² พบว่าการจัดการความปวดที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความสัมพันธ์กับภาวะจิตใจซึมเศร้าที่รักษาไม่หาย และการศึกษาแบบพหุสถาบัน²³ ที่พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี มีความทุกข์ทางใจ (psychological distress) หรือโรคร่วมของความทุกข์ทางใจ ต้องใช้เวลานานในการควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านสังคมที่ส่งผลต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมระดับประจักษ์ครั้งแรก ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลของครอบครัว เป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ความเจ็บป่วยหรือความปวด

ของผู้ป่วยที่มีมากกว่าปกติ ความวิตกกังวลของครอบครัวในระดับปกติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และเป็นแรงกระตุ้นในการดูแลผู้ป่วย แต่หากมากเกินไป ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยหรืออาการไม่สบายของตัวเองทำให้ครอบครัววิตกกังวลมาก²⁴ อาจเป็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นสิ่งกระตุ้นที่คอยย้ำเตือนให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานี้อยู่เสมอจึงมีผลต่อการจัดการความปวดได้ยากโดยความวิตกกังวลของครอบครัวที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 11.45 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความล้มเหลวของการระบุปัญหาและการเฝ้าระวังความเครียดทางใจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ความปวดควบคุมได้ยาก¹³ 2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเมื่อมีสมาชิกที่เจ็บป่วย อาจจะเป็นสมาชิกครอบครัวหรือหัวหน้าครอบครัวซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลผู้ป่วย หรือเมื่อสมาชิกเป็นเสาหลักของครอบครัว การเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถหารายได้ได้เช่นเดิม โดยปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 2.82 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความวิตกกังวลมีผลต่อความยากในการจัดการความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴ และ 3) การขาดแหล่งสนับสนุนคือ ไม่มีผู้ดูแลและช่วยเหลือด้านการดูแล ไม่มีแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น ไม่มีเพื่อนบ้านหรือทีมสุขภาพที่ให้การช่วยเหลือ ไม่มีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น โดยการขาดแหล่งสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 4.94 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของศรีเวียงไพโรจน์กุล ที่พบว่า การสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นจะทำให้

การวางแผนจำหน่ายรายวันและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแล²⁵ อธิบายได้ว่าการมีทีมสุขภาพที่สามารถติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การมีอุปกรณ์การแพทย์เพื่อสนับสนุนการดูแล เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสบายใจคลายความกังวลได้

ปัจจัยด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความยากในการจัดการความปวดผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก ได้แก่ 1) ปัญหาด้านจิตวิญญาณไร้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ มองชีวิตไร้คุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงในทางลบ โดยปัญหาด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 15.61 เท่า และ 2) ปัจจัยด้านความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง มีสิ่งค้างคาที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น การกระทำตามความเชื่อ พิธีกรรม ทำตามความฝันหรือสิ่งที่ปรารถนา การแสดงออกซึ่งความรัก การขอภัย การอโหสิกรรม โดยปัญหาความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 7.43 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การไม่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดทางกายได้ต้อาจเกิดจากปัญหาด้านจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง²⁶ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านสังคม ไม่ส่งผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษา²² ที่พบว่าการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ดีไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นภาระการดูแลของครอบครัว

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลทุติยภูมิ ทำให้กลุ่มศึกษามีจำนวนจำกัด จึงใช้สัดส่วนของกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเป็น 1:1 ในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลการศึกษานี้ยืนยันข้อค้นพบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมีผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพควรประเมินในทุกมิติของผู้ป่วยที่มีความปวดที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก และให้การดูแลจัดการความปวดอย่างเป็นองค์รวม เพื่อลดความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการความปวดของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวที่เอื้อเพื่อให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณงานระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และขอบคุณหัวหน้างานทุกภาคส่วนที่สนับสนุนให้เกิดงานวิจัยนี้

References

1. National Health Commission Office. The operational definition of terms related to palliative care for Thailand. Bangkok: Special Health Bulletin; 2019. (in Thai)

2. Pairojkul S, Piasupun P. Quality Standards for Palliative Care. 3rd ed. Khon Kaen: Karunruk Palliative Care Excellence Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2021.
3. Silva MADS, Diniz MA, Carvalho RT de, Chiba T, Mattos-Pimenta CA de. Palliative care consultation team: symptom relief in the first 48 hours of hospitalization. Rev Bras Enferm. 2020;73(6): e20190391. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0391> PMID: 32785516
4. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. Phys Ther. 2011;91(5): 700-11. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330> PMID: 21451097
5. Palliative Care Guidelines Pocket Edition 2010. 3rd ed. Edinberg: NHS Lothian; 2013.
6. Raksasatay A. Module 2 Pain Management. In Sriviang Pairojkul and Napa Limratana, editors. Training of the Trainers in Palliative Care. 1st ed. Khon Kaen: Klungnana; 2017. p 12-15. (in Thai)
7. MacLeod R, Vella-Brincat J, Macleod S. The palliative care handbook. 7th ed. Sydney Australia: Hammond Press; 2014.
8. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. J Pain. 2004 May;5(4):195-211. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576> PMID: 15162342
9. Ko HJ, Seo SJ, Youn CH, Kim HM, Chung SE. The Association between Pain and Depression, Anxiety, and Cognitive Function among Advanced Cancer Patients in the Hospice Ward. Korean J Fam Med. 2013;34(5):347-56. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2013.34.5.347> PMID: 24106587
10. Puengsook W, Kanthawee P, Markmee P. Factors associated with quality of life among cancer patients with palliative care at the end of life residing in Chiang Rai province. Nurs J Minist Public Health. 2019;29(2):116-128. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/214903>
11. Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of medicine, Khon Kaen University. Handbook for Palliative Guidelines. 1st ed. Khon Kaen: Klungnana; 2017. (in Thai)
12. Bualakorn N. Module 1 Palliative Care Concept and Assessment. In: Pairojkul S, Limratana N, editors. Training of the Trainers in Palliative Care. 1st ed. Khon Kaen: Klungnana; 2017. (in Thai)
13. Roger W. Cancer pain. 5th ed. Australia: Asperula Pty Ltd; 2010.
14. Lucenteforte E, Vagnoli L, Pugi A, Crescioli G, Lombardi N, Bonaiuti R, et al. A systematic review of the risk factors for clinical response to opioids for all-age patients with cancer-related pain and presentation of the paediatric STOP pain study. BMC Cancer. 2018;18(1):568. Available from: <https://d-nb.info/1163456195/34>
15. Gatchel, R. J., Ray, C. T., Kishino, N., & Brindle, A. The biopsychosocial model. The Wiley encyclopedia of health psychology, (2020);1-8.
16. Ko HJ, Seo SJ, Youn CH, Kim HM, Chung SE. The association between pain and depression, anxiety, and cognitive function among advanced cancer patients in the hospice ward. Korean J Fam Med. 2013;34(5): 347-56. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2013.34.5.347> PMID: 24106587
17. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies Plus: application for sample size calculation in health science research. Version 1.4. [n.p.]: App store; 2024.

18. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid Screening for Psychologic Distress in Men with Prostate Carcinoma A Pilot Study. *Cancer*. 1998;82(10):1904-8. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(19980515\)82:10<1904::aid-cnrcr13>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19980515)82:10<1904::aid-cnrcr13>3.0.co;2-x) PMID: 9587123
19. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Fleishman SB, Zabora J, Baker F, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2005; 113(7):1494-502. <https://doi.org/10.1002/cnrcr.20940> PMID: 15726544
20. Laurujisawat P, Jetianuwat S. Validity of the Thai Version of the Distress Thermometer. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2013;58(3):257-70. Available from: [https:// www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-3/04-Sawitree.pdf](https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-3/04-Sawitree.pdf)
21. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
22. Lee YP, Wu CH, Chiu TY, Chen CY, Morita T, Hung SH, et al. The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit. *BMC palliative care*. 2015;14:69. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0067-2> PMID: 26626728
23. Fainsinger RL, Nekolaichuk CL, Lawlor PG, Neumann CM, Hanson J, Vigano A. A Multicenter Study of the Revised Edmonton Staging System for Classifying Cancer Pain in Advanced Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*. 2005 Mar 1;29(3):224-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.05.008> PMID: 15781173
24. Hudson PL, Thomas K, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Psychological and social profile of family caregivers on commencement of palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Mar;41(3):522-534. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006> PMID: 21123026
25. Pairojkul S. Home-based palliative care: making it happen. In Lakshmi Chanwet and Dusit Staworn, editors. 2013. The dawn of palliative care in Thailand. Bangkok: Beyond enterprise. p 67-75 . (in Thai)
26. Brunjes GB. Spiritual pain and suffering. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11 Suppl 1:31-6. PMID: 20590346

ปัจจัยทำนายความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน¹

ธัญชา มิตรเปรียญ พย.ม.²

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ Ph.D. (Nursing)³

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ Ph.D. (Nursing)⁴

ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ พ.บ.,อ.ว. (อายุรศาสตร์หัวใจ)⁵

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ความต้องการการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญในการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยดังกล่าวยังมีอยู่จำกัด โดยเฉพาะด้านการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความต้องการการเรียนรู้ของการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การออกแบบการวิจัย การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยใช้แนวคิดสามัญลักษณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 157 ราย คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วย แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ วิเคราะห์โดย Intraclass correlation coefficient ของการรับรู้ผลกระทบ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา การรับรู้ลักษณะอาการ และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น .72, .88, .95, .85, .87, และ .83 ตามลำดับ แบบประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ นำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.8) เป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 68.1 ปี (SD = 12.3) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.3 มีค่าเฉลี่ยของความต้องการการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75$, $SD = 0.49$) และมีความต้องการการเรียนรู้มากที่สุดในด้านการทำกิจกรรมทางกาย ($M = 4.02$, $SD = 0.61$) การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ สามารถรวมทำนายความผันแปรของความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ร้อยละ 53.1 ($F_{6,150} = 28.259$, $p < .001$) ปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วย ($\beta = .586$, 95%CI 5.62–8.64, $p < .001$) การรับรู้ผลกระทบ ($\beta = .247$, 95%CI 1.73–5.35, $p < .001$) และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา ($\beta = .154$, 95%CI 0.17–2.35, $p = .024$) ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง และการตอบสนองทางอารมณ์

ข้อเสนอแนะ พยาบาลและบุคลากรที่มสุขภาพควรประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแต่ละรายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา เพื่อนำไปวางแผนในการเตรียมให้ข้อมูลให้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

คำสำคัญ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความต้องการการเรียนรู้ การรับรู้ความเจ็บป่วย

วันที่ได้รับ 28 มี.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 ก.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 1 ก.ค. 67

¹วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sarinrut.sri@mahidol.edu

⁴รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁵นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

Factors Predicting Learning Needs in Patients with Acute Coronary Syndrome¹

Thanatcha Mitparien, M.N.S.²

Sarinrut Sriprasong, Ph.D. (Nursing)³

Doungrut Wattanakitkrlert, D.S.N.⁴

Thamarath Chantadansuwan, (Cardiologist)⁵

Extended Abstract

Introduction Learning needs are necessary for tailoring self-care education for patients with acute coronary syndrome (ACS). Existing knowledge about factors influencing learning needs among these patients is limited, especially their perceived identity, timeline, consequences, personal control, treatment control, and emotional representation.

Objective To investigate predictive power of perceived identity, timeline, consequences, personal control, treatment control, and emotional representation on the learning needs of patients with ACS.

Design This study employed a predictive correlational design, using the common sense model of illness self-regulation, and literature review as a conceptual framework.

Methodology Through proportional stratified random sampling, the participants consisted of 157 patients diagnosed with ACS, aged 18 years and older, who were admitted to a tertiary hospital in the metropolitan area. Data were collected using a personal data questionnaire, the Brief Illness Perception Questionnaire and the Cardiac Patients Learning Needs Inventory. Reliability was tested using the test-retest reliability and analyzed by the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) for perceived consequences, perceived timeline, perceived personal control, perceived treatment control, and perceived emotional representation. The reliability coefficients were .72, .88, .95, .85, .87, and .83, respectively. The learning needs assessment for cardiac patients was analyzed for internal consistency using Cronbach's alpha coefficient, which was found to be .97. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

Results Majority of the participants (75.8%) were older adults, with an average age of 68.1 years (SD = 0.40). Most of them (78.3%) had a high level of overall learning needs (M = 3.75, SD = 0.49), and the highest learning need was physical activity (M = 4.02, SD = 0.61). Multiple linear regression analysis revealed that perceived identity, timeline, consequences, personal control, treatment control, and emotional representation could predict the variability of learning needs in patients with ACS at 53.1%. ($F_{6,150} = 28.259, p < .001$). The significant factors predicting learning needs in patients with ACS were perceived timeline ($\beta = .586, 95\%CI\ 5.62-8.64, p < .001$), consequences ($\beta = .247, 95\%CI\ 1.73-5.35, p < .001$), and treatment control ($\beta = .154, 95\%CI\ 0.17-2.35, p = .024$). However, factors that could not significantly predict learning needs in patients with ACS were perceived identity, personal control, and emotional representation.

Recommendations Nurses and health personnel should assess the learning needs of patients with ACS and related factors, particularly their illness perceptions in terms of timeline, consequences, and treatment control, in order to prepare an educational plan to meet their learning needs.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 328-341

Keywords acute coronary syndrome/ learning needs/ illness perception

Received 28 March 2024, Revised 1 July 2024, Accepted 1 July 2024

¹Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult & Gerontological Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand

²Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand

³Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand E-mail: sarinrut.sri@mahidol.ac.th

⁴Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand

⁵Director, Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi Province, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง จากสถิติของสมาคมโรคหัวใจในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2563 รายงานว่ามีผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 1,005,000 รายต่อปี โดยในจำนวนนี้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ ถึง 210,000 ราย และเสียชีวิตจำนวน 109,199 คน¹ ในประเทศไทย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ACS จาก 13 เขตสุขภาพ พบว่า มีผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2563 – 2565 จำนวน 26,726; 24,030; และ 21,273 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม¹ ได้แก่ ST evaluated MI (STEMI), Non-ST evaluated MI (NSTEMI) และ Unstable angina (UA) โดยมีการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย (Killip classification) การประเมินการตรวจการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย Ejection fraction (EF) การรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำได้โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) เป็นหนึ่งในการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในกลุ่ม STEMI ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เวลาจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion therapy) เพื่อลดการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีที่ไม่สามารถส่งผู้ป่วยไปสวนหัวใจและเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้ทันที (primary PCI strategy) โดยจะมีการประเมิน TIMI score ที่จะประเมินการอุดตันของหลอดเลือด ฉะนั้นในภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เมื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วจะเกิด reperfusion

เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผ่านพ้นระยะวิกฤต การสนับสนุนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (secondary prevention) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี² การสนับสนุนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำต้องการการดูแลต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล ในการให้ความรู้ ส่งเสริมความสามารถ และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน³ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Niksadat และคณะ⁴ พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้จะประสบผลสำเร็จ ต้องมีพื้นฐานมาจากความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย (learning needs) ซึ่งอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่าความต้องการเรียนรู้ที่ผู้ป่วยต้องการมีประเด็นความแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และแม้แต่ญาติของผู้ป่วย^{5,6} ดังนั้น ความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเตรียมข้อมูลความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติเมื่อออกจากโรงพยาบาล⁷ จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมา ความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความแตกต่างกันไปตามระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยขึ้นกับปัจจัยด้านผู้ป่วยหลายประการ^{6,7} เช่น การรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านต่าง ๆ ทั้งการรับรู้ลักษณะอาการ (identity) การรับรู้ระยะเวลา (timeline) การรับรู้ผลกระทบ (consequences) การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (personal control) การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา (treatment control) และการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional representation) สำหรับการศึกษาอำนาจการทำนายความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด

ในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดและอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนการพยาบาล ในการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดได้สอดคล้องกับตามความต้องการการเรียนรู้และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความต้องการการเรียนรู้ของการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์สามารถร่วมกันทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (The common sense model of illness self-regulation) ของ Leventhal และคณะ⁸ และการทบทวนวรรณกรรม Hagger และคณะ⁹ กล่าวว่า

ความเจ็บป่วยที่เข้ามาคุกคาม (situational stimuli) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการให้ความหมายเป็นการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (Illness perceptions) 2 ด้าน คือ ด้านการรู้คิด (cognitive illness representations) ซึ่งประกอบด้วย identity, consequences, cause, timeline, control, coherence และด้านอารมณ์ (emotion illness representations) ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการปรับตัว (coping procedures) โดยแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ทั้งด้านพฤติกรรมการปรับตัว (coping behaviors) การหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ (cognitive reappraisal) การระบายออกทางอารมณ์ (emotion venting) และการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) โดยผู้ป่วยจะมีการประเมินกระบวนการปรับตัวนั้น (coping appraisal) ว่าสามารถลดการคุกคามของความเจ็บป่วย และส่งผลต่อผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย (illness outcomes) ผลลัพธ์ของอารมณ์ (emotional outcomes) ซึ่งจะข้อมูลย้อนกลับไปสู่การกระตุ้น (situational stimuli) ให้เกิดการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยอีก โดยผู้วิจัยทำการศึกษาด้านการรับรู้และด้านอารมณ์ เพราะส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวซึ่งหมายถึงความต้องการการเรียนรู้โดยไม่ได้ทำการศึกษาตัวแปร coherence และ cause เนื่องจากมีความหมายร่วมกันกับตัวแปรอื่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome, ACS) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) มีอาการคงที่โดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและมีสัญญาณชีพคงที่ มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องมีการประเมินภาวะบกพร่องทางปัญญา ประเมินโดยเครื่องมือ Mini-Cognitive assessment Instrument (Mini-Cog) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ มีโรคร่วมระยะรุนแรงหรือระยะท้ายของโรค เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย โรคจิตเภทที่ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นต้น

ขนาดตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power รุ่น 3.1.9.7 เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากหลักการของ Cohen¹⁰ สำหรับสถิติ Multiple linear regression โดยมีตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ร้อยละ 80 ระดับความเชื่อมั่น (level of significance) ที่ระดับ .05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียง¹¹ ได้ค่า $R^2 = .083$, effect size $f^2 = 0.091$ คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 157 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ proportion ตามสถิติของสัดส่วนในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน¹¹ ได้แก่ STEMI: NSTEMI: UA = 82: 63: 12

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย เป็นแบบประเมินภาวะบกพร่องทางความรู้คิด (The Mini-Cognitive assessment Instrument, Mini-Cog) ใช้ในการประเมินภาวะบกพร่องทางความรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พัฒนาโดย Borson และคณะ¹³ แปลเป็นภาษาไทยโดยสุภาพร ตรงสกุล และคณะ¹⁴ แบบประเมิน

มีข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ การทบทวนหรือระลึกความจำโดยใช้คำ 3 คำ และการวาดรูปนาฬิกาที่เข็มนาฬิกาชี้บอกเวลา 11 โมง 10 นาที โดยในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ไม่มีภาวะบกพร่องทางปัญญา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ อาชีพ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้สิ่งเสพติด การวินิจฉัยโรคโรคร่วม ประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และยาที่ผู้ป่วยได้รับ

2.2 แบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac patients learning needs inventory: CPLNI) ใช้เพื่อระบุความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ สร้างโดย Gerard และ Peterson¹⁵ พัฒนาและดัดแปลงโดย Uysal และ Enc¹⁶ แปลเป็นภาษาไทยแบบย้อนกลับโดยผู้วิจัยและคณะ มีจำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็น 8 เรื่อง ดังนี้ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (การทำงานของหัวใจ) ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต ข้อมูลทางยา ข้อมูลด้านอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย การจัดการอาการ และด้านอื่น ๆ แต่ละข้อเริ่มต้นด้วยข้อความว่า “ฉันต้องการรู้ว่า” ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบ Likert scale ตั้งแต่ไม่สำคัญเลย (1 คะแนน) ถึง สำคัญมาก (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์¹⁷ ดังนี้ หมายถึง มีความต้องการการเรียนรู้ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) มีความต้องการการเรียนรู้ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และมีความต้องการการเรียนรู้มาก (3.67-5.00 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The brief illness perception questionnaire, Brief IPQ) พัฒนาโดย Broadbent และคณะ¹⁸ ใช้ประเมิน

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและการตอบสนอง ความเจ็บป่วยทางอารมณ์ แปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพา เทพวัลย์ และคณะ¹⁹ มีจำนวน 9 ข้อ สำหรับ 8 ข้อแรก ประกอบด้วย 1) การรับรู้ผลกระทบ (consequences) 2) การรับรู้ระยะเวลา (timeline) 3) การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (personal control) 4) การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วย ด้วยการรักษา (treatment control) 5) การรับรู้ลักษณะ อาการ (identity) 6) ความกังวล (concern) 7) ความเข้าใจ เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย (understanding) และ 8) การรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional representation) แต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า ตั้งแต่ไม่มีอาการใด ๆ เลย คือ 0 คะแนน ถึง มีอาการรุนแรงมากที่สุดและหลายอาการ คือ 10 คะแนน แปลผลโดยนำคะแนนที่ได้มาเทียบกับค่ากลาง (neutral point) เท่ากับ 5 และสำหรับข้อ 9 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือและได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .969 และแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยระยะเวลาที่ตอบแบบสอบถามในครั้ง

ที่ 1 และ 2 ห่างกัน 2 วัน วิเคราะห์โดย Intraclass correlation coefficient ของการรับรู้ผลกระทบ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา การรับรู้ลักษณะอาการ และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น .719, .884, .946, .848, .866, และ .825 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA No. IRB-NS2022/738.106 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ เลขที่ COA No. 027/2566 โดยผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการมาตรฐานภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์ที่กำหนด โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ เป็นรายบุคคล เก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ 5 ปี และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยแนะนำตัวและคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทำการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และทำการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีปัญหาการมองเห็น ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความของแบบสอบถาม และทำการบันทึกจากคำตอบในแบบสอบถาม โดย

ปราศจากการชักจูงให้ตอบคำถามไปในทิศทางใด ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจ หรือปฏิเสธ การตอบแบบสอบถามใด ๆ ก็ได้ ในขณะที่เดียวกันมีการประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป โดยทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยที่ตัดสินใจถอนตัวจากการวิจัยเอง และผู้ที่ผู้วิจัยพิจารณาให้ถอนตัวจากการวิจัย ยังได้รับการรักษาหรือบริการที่เป็นไปตามมาตรฐาน และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการ และมีการทำลายข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบ ในแบบสอบถามทุกฉบับภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ และความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ กับความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้สถิติ Spearman correlation เนื่องจากตัวแปรไม่มีการแจกแจงแบบปกติ และ 3) วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติ Multiple linear regression ด้วยวิธีการนำตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์พร้อมกันในครั้งเดียว (enter method) ซึ่งตัวแปรได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ (normality) ตัวแปรอิสระและ

ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรคงที่ (homoscedasticity) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (no multicollinearity) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.8 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.6 มีอายุเฉลี่ย 68.1 ปี (Mean = 68.1, SD = 12.3) สถานภาพสมรส ร้อยละ 90.4 มีระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.9 หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 43.9 และสิทธิ์การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 56.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 61.1) มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 26.7) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.1) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 36.9) รองลงมาคือโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 24.8) และโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 21.6) (Table 1)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) (ร้อยละ 52.2) Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) (ร้อยละ 40.1) และ Unstable angina (ร้อยละ 7.6) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมิน Killip class พบว่าอยู่ใน Class I มากที่สุด (ร้อยละ 43.9) การตรวจ Echocardiogram ส่วนใหญ่ EF >50 % (ร้อยละ 56.2) กลุ่มตัวอย่าง STEMI ได้รับการรักษาด้วยยา DAPT (Dual Antiplatelet) ได้รับยา fibrinolytic

therapy (ร้อยละ 2.4) ส่วนใหญ่รักษาด้วย Primary PCI (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.7) (ร้อยละ 97.6) กลุ่มตัวอย่างการรักษา NSTEMI และ ได้รับการรักษาด้วยยา โดยมียาจำนวนของยากลับบ้าน UA ได้รับการรักษาด้วยยา DAPT และ anticoagulation ตั้งแต่ 5-13 ชนิด (Table 1)

Table 1 Description of participants' personal health data (n = 157)

Variables	n (%)	Variables	n (%)
Diagnosis		Dual Antiplatelet (n = 82)	
STEMI	82 (52.2)	Aspirin	82 (100)
NSTEMI	63 (40.10)	P2Y12 inhibitors	82 (100)
UA	12 (7.60)	Fibrinolytic Therapy (n = 82)	
Coronary Artery Angiography		No	80 (97.60)
Yes	155 (98.80)	Yes	2 (2.40)
No	2 (1.20)	Percutaneous Coronary Intervention (n = 82)	
Killip class		Primary PCI	80 (97.60)
Class I	69 (43.90)	Rescue PCI	2 (2.40)
Class II	38 (24.20)	Dual Antiplatelet (n = 75)	
Class III	9 (5.70)	Aspirin	75 (100)
Class IV	41 (26.10)	Clopidogrel	75 (100)
Left Ventricular Ejection Fraction		Home Medications (Type count)	
<40	51 (87.90)	5	13 (8.20)
40-50	18 (7.00)	6	31 (19.70)
>50	88 (3.80)	7	45 (28.70)
TIMI Score for STEMI (n = 82)		8	42 (26.30)
Low risk (0-4)	2 (2.40)	9-13	26 (16.10)
Intermediate (5-8)	69 (84.10)		
High risk (9-14)	11 (49.20)		

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการเรียนรู้ระดับมาก (M = 4.02, SD = 0.61) รองลงมาคือด้านอาหาร คิดเป็นร้อยละ 78.3 (Table 3) โดยมีความต้องการ (M = 3.96, SD = 0.64) และด้านการจัดการอาการ การเรียนรู้มากที่สุดในการทำกิจกรรมทางกาย (M = 3.94, SD = 0.59) ตามลำดับ (Table 2)

Table 2 Description of level of learning needs (n = 157)

Level of learning needs	Possible score	Actual score	n	%
Medium learning needs	2.34-3.66	2-3	34	21.7
High learning needs	3.67-5.00	4-5	123	78.3

(Min = 2.71, Max = 4.79, M = 3.75, SD = 0.49)

Table 3 Description of learning needs (n = 157)

Learning needs	M (SD)	Level
Physical activity	4.02 (0.61)	high
Dietary information	3.96 (0.64)	high
Symptom management	3.94 (0.59)	high
Miscellaneous	3.92 (0.64)	high

Table 3 Description of learning needs (n = 157) (Cont.)

Learning needs	M (SD)	Level
Lifestyle factors	3.87 (0.89)	high
Medication information	3.82 (0.65)	high
Psychological factors	3.56 (0.70)	Medium
Anatomy and physiology of heart	2.86 (0.53)	Medium

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรู้ลักษณะอาการว่ารุนแรงมากและมีหลายอาการ (M = 8.75, SD = 0.81) และรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองได้น้อย (M = 3.13, SD = 0.83) (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลัน (M = 4.92, SD = 0.81) (ร้อยละ 64.3) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการรับรู้ผลกระทบมาก (M = 8.69, SD = 1.09) (ร้อยละ 99.3) และรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษาได้มาก (M = 8.62, SD = 1.07) (ร้อยละ 99.3) และรวมทั้งมีการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์มาก (M = 8.69, SD = 1.27) (ร้อยละ 98) (Table 4)

Table 4 The correlation matrix of variables (n = 157)

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Identity	1.000						
2. Timeline	.001	1.000					
3. Consequences	.149	.421**	1.000				
4. Personal control	.041	-.035	-.139	1.000			
5. Treatment control	.804**	-.098	.061	.086	1.000		
6. Emotional representation	.432**	.158*	.522**	-.150	.294**	1.000	
7. Learning needs	.115	.637**	.481**	-.031	.100	.220**	1.000

*p < .05 **p < .01

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 53.2 ($F_{6,150} = 28.259, p < .001$) การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษาสามารถทำนายความต้องการ

การเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .586, 95\%CI 5.62 \text{ to } 8.64, p < .001$; $\beta = .247, 95\%CI 1.73 \text{ to } 5.35, p < .001$; $\beta = .154, 95\%CI .169 \text{ to } 2.35, p = .024$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ (Table 5)

Table 5 The predictive power of Identity, Timeline, Consequences, Personal control, Treatment control, and Emotional representation using multiple linear regression (n = 157)

Variables	b	SE _b	β	t	p-value
Constant	69.262	11.985		5.779	.000
Identity	-.268	1.462	-.013	-.183	.855
Timeline	7.135	.762	.586	9.358	.000
Consequences	3.246	.982	.226	3.306	.001
Personal control	.227	1.317	.010	.172	.864
Treatment control	1.260	.553	.154	2.281	.024
Emotional representation	.603	1.016	.040	.593	.554

R = .728, R² = .531, F = 28.259, p < .001

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.4) มีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการเรียนรู้ในระดับมาก (M = 3.75, SD = 0.39) อาจเป็นเพราะมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 52.2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นครั้งแรกจึงยังไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.9) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 75.8) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการเรียนรู้ในระดับมาก สอดคล้องกับ Alsaqri และคณะ¹⁹ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประเทศซาอุดีอาระเบียอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sultana และคณะ²⁰ ในประเทศบังคลาเทศ พบว่าค่าเฉลี่ยความต้องการการเรียนรู้ก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 97.6

ผลการศึกษาอำนาจการทำนายความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้

ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษาและการตอบสนองทางอารมณ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ร้อยละ 53.2 (F(6,150) = 28.259, p < .001) ทั้งนี้การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษาสามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .586$, 95%CI 5.62 – 8.64, p < .001; $\beta = .247$, 95%CI 1.73 – 5.35, p < .001; $\beta = .154$, 95%CI .169 – 2.35, p = .024 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (The common sense model of illness self-regulation) เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะคุกคามชีวิต ทำให้รับรู้ถึงผลกระทบที่ตามมาในระดับสูง (mean = 8.69, SD = 1.09) แต่ขณะเดียวกันรับรู้ว่าความเจ็บป่วยควบคุมได้ในระดับสูง (mean = 8.62, SD = 1.07) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ทั้งกลุ่ม STEMI และ NSTEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ที่บรรเทาอาการอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วยว่าเป็นไม่นาน ($\text{mean} = 4.92$, $\text{SD} = 0.81$) การรับรู้ความเจ็บป่วยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยผ่านการปรับตัวโดยการแสวงหาข้อมูล เพื่อลดหรือควบคุมความรู้สึกถูกคุกคาม ทั้งนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการเรียนรู้สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ด้านกิจกรรมทางกาย ($\text{mean} = 4.02$, $\text{SD} = 0.61$), ด้านอาหาร ($\text{mean} = 3.96$, $\text{SD} = 0.64$) และการจัดการอาการ ($\text{mean} = 3.94$, $\text{SD} = 0.59$) ความต้องการการเรียนรู้ดังกล่าวสามารถลดความรู้สึกถูกคุกคาม และทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับการรับรู้ความเจ็บป่วยของตน มีผลกระทบร้ายแรงแต่เกิดขึ้นไม่นานและควบคุมด้วยการรักษาได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Ashour และคณะ¹⁰ พบว่าระยะเวลาและผลกระทบไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจได้เป็นครั้งแรก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในการศึกษาดังกล่าวมีการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษาในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษาสามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยเหล่านี้ได้ แต่ไปในทิศทางตรงกันข้าม¹⁰ คือ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการควบคุมการรักษาในระดับต่ำจะมีความต้องการการเรียนรู้ในระดับสูง

ผลการศึกษา ด้านการรับรู้ลักษณะอาการ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองพบว่า ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด ($\beta = -.013$, $95\% \text{CI} -3.157$ to 2.621 , $p = .855$, $\beta = -.013$, $95\% \text{CI} -3.157$ to 2.621 , $p = .855$, $\beta = .037$, $95\% \text{CI} .169$ to 2.352 , $p = .554$, ตามลำดับ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

(ร้อยละ 100) มีการรับรู้ลักษณะอาการเป็นแบบรุนแรงมากและหลายอาการ ($\text{mean} = 8.75$, $\text{SD} = 0.81$) และมีการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองได้น้อย ($\text{mean} = 3.13$, $\text{SD} = 0.83$) แต่ขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้ง STEMI และ NSTEMI ได้รับการรักษาด้วยการทำ Primary PCI และการได้รับยาขยายหลอดเลือด ร้อยละ 97.6 และ 2.4 ตามลำดับ ทำให้อาการต่าง ๆ ทุกอย่างได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงไม่เกิดกระบวนการปรับตัวโดยเกิดความต้องการการเรียนรู้ เพื่อแสวงหาแนวทางในการลดอาการต่าง ๆ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.2 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นครั้งแรก จึงอาจทำให้ไม่มีข้อมูลเพียงพอในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ทำให้การรับรู้ลักษณะอาการ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ได้ แตกต่างจากการศึกษาของ Ashour และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ลักษณะอาการและการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรกได้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นภายหลังทำหัตถการ และรู้สึกไม่สบาย ทำให้เกิดความต้องการการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำหัตถการ รวมถึงการดูแลตนเองภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยจากกรอบแนวคิดสามัญสำนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กล่าวคือ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยมากระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ แสดงออกเป็นความกังวลต่อการเจ็บป่วย

ที่คุกคาม ส่งผลให้เกิดกระบวนการปรับตัว เป็นการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยง หรือการหาสิ่งสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อลดความคุกคามนั้น⁹ เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) มีการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์มาก (mean = 8.69, SD = 1.27) ซึ่งแสดงว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลด้านลบอย่างมากต่อจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง เช่น รู้สึกกลัวหรือซึมเศร้า หากการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านลบอยู่ในระดับมาก อาจทำให้ผู้ป่วยครุ่นคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในด้านลบและขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงทำให้ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashour และคณะ¹⁰ พบว่า การตอบสนองทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก ถึงแม้การตอบสนองทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (mean=5.82, SD = 3.66)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำการหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ โรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ไม่สามารถเป็นตัวแทนผู้ป่วยในภาพรวมได้ ดังนั้นอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีลักษณะและบริบทแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา เพื่อนำไปวางแผนในการเตรียมให้ข้อมูลให้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องการ และควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาในครั้งนี้ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร้อยละ 53.1 ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการเกิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามกรอบแนวคิดสามัญลักษณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย ข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ หรือ ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว หรือบุคลากร เป็นต้น
2. เนื่องจากการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเฉพาะทางโรคหัวใจ ซึ่งทีมบุคลากรสุขภาพมีความเชี่ยวชาญประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ พยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายกรณี และ เภสัชกร รวมทั้งมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาลที่มีระดับการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น ระดับปฐมภูมิ หรือระดับทุติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด ที่อาจมีความแตกต่างกันในด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการให้บริการและความพร้อมของบุคลากรสุขภาพ

3. จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงทำให้ทีมบุคลากรสุขภาพ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถพัฒนารูปแบบโปรแกรมการให้สุขศึกษา ได้ตรงกับความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเอง ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*. 2023;147(8):e93–e621. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
2. Chow CK, Brieger D, Ryan M, Kangaharan N, Hyun KK, Briffa T. Secondary prevention therapies in acute coronary syndrome and relation to outcomes: observational study. *Heart Asia*. 2019;11(1):e011122. <https://doi.org/10.1136/heartasia-2018-011122>
3. Posadas-Collado G, Membrive-Jiménez MJ, Romero-Béjar JL, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Suleiman-Martos N, et al. Continuity of nursing care in patients with coronary artery disease: a systematic review. *IJERPH*. 2022;19(5):3000. <https://doi.org/10.3390/ijerph19053000>
4. Niksadat N, Rakhshanderou S, Negarandeh R, Ramezankhani A, Farahani AV, Ghaffari M. Concordance of the cardiovascular patient education with the principles of Andragogy model. *Arch Public Health*. 2022;80(1):4. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00763-5>
5. Hassankhani H, Haririan H, Feizollahzadeh H, Jafari A, Porter JE, O'Brien F. Learning needs of Iranian patients with coronary heart disease: a cross-sectional, comparative study. *Clin Nurs Res*. 2021;30(2):193–9. <https://doi.org/10.1177/1054773819898808>
6. Huriani E. Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. *Int J Nurs Sci*. 2019;6(3):294–9. Available from: <https://ejournal.mahidol.ac.th/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S2352013218300954&site=eds-live>
7. Haridas J, Mani AL. Perceived Learning needs and readiness for hospital discharge of patients with acute myocardial infarction in a selected hospital, Kottayam. *IJSRT*. 7(3)849–851. 2022. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6418378>
8. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*. 1980;17–30. Available from: https://www.researchgate.net/publication/303283742_The_common_sense_representation_of_illness_danger
9. Hagger MS, Orbell S. The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*. 2021;1–31. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>
10. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
11. Ashour A, Al-Smadi A, Tawalbeh L, Alshraifeen A, Al-Rawashdeh S, Gharaibeh B. Do illness perception predict perceived learning needs among patients treated with percutaneous coronary intervention. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2020;39(5):251–8. <https://ejournal.mahidol.ac.th/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=144906563&site=ehost-live>
12. Statistical agency THAI ACS REGISTRY I [Internet]. 2021 [cited 2022 May 5]. Available from: <https://www.ncvdt.org/Default.aspx>

13. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The mini-cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(10):1451-4. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x>
14. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the thai version of mini-cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int.* 2015;15(5):594-600. <https://doi.org/10.1111/ggi.12318>
15. Gerard PS, Peterson LM. Learning needs of cardiac patients. *Cardiovasc Nurs.* 1984;20(2):7-11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6570812/>
16. Uysal H, Enç N. A Turkish version of the cardiac patients' learning needs inventory; patient questionnaire (TR-CPLNI): reliability-validity assessment. *Int J Caring Sci.* 2012;5(3):264-79. Available from: https://www.researchgate.net/publication/278283195_A_turkish_version_of_the_cardiac_patients_learning_needs_inventory_patient_questionnaire_reliability-validity_assessment
17. Smith J, Liles C. Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *JCN*2007;16(4): 662-71. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x>
18. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* 2006;60(6):631-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>.
19. Thepphawan P, Watthnakitkileart D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. *Nurs Sci J Thail Nursing Science Journal of Thailand.* 2011; 29(2): 111-9. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/2824> (in Thai)

ความสัมพันธ์ของความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ¹

สถิรกานต์ ท้วจบ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)²

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc.³

ชูหังษ์ ดีเสมอ, ปร.ด. (การพยาบาล)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

การออกแบบวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบบรรยายเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้แนวคิดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของนันทปิม

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 226 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ในจังหวัดแห่งหนึ่งทางภาคกลาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบประเมินความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.8) อายุเฉลี่ย 63.6 ปี (SD = 9.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.5) ศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.2) ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 75.7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($r = .351, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .153, p = .022$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ($r = .194, p = .003$) อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิบัติสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเพศชาย โดยการให้ความรู้ การส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งจะช่วยพัฒนาการคิดอย่างวิจารณ์ญาณและการตัดสินใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีขึ้น

คำสำคัญ ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกัน กลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดหัวใจ

วันที่ได้รับ 2 พ.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 4 มิ.ย. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 4 มิ.ย. 67

¹วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²นักศึกษาลัทธิศูตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: wantana.lim@mahidol.ac.th

⁴อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Relationships of Knowledge, Health Literacy, and Preventive Behaviors among Persons at Risk for Coronary Artery Disease¹

Sathirakan Thuajop, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)²

Wantana Maneesriwongul, D.N.Sc.³

Suhong Deesamer, Ph.D. (Nursing)⁴

Extended Abstract

Introduction Coronary artery disease is a leading cause of premature death. Promoting healthy behaviors is crucial for reducing risks associated with coronary artery disease.

Objective This study aimed to investigate the relationships between demographic factors, knowledge of coronary artery disease, health literacy, and preventive behaviors in people at risk for coronary artery disease.

Design This study employed a descriptive correlational design, applying Nutbeam's health literacy concept.

Methodology Through purposive sampling, the participants included 226 people at risk for coronary artery disease, selected from three health-promoting hospitals in a province in the central region of Thailand. Data were collected via self-administered questionnaires, which included demographic characteristics, knowledge about coronary artery disease, health literacy, and preventive behaviors for coronary artery disease. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation, and Point-biserial correlation.

Results Most participants were female (70.8%), with an average age of 63.6 years (SD = 9.7). A majority were married (61.5%), had a primary education (83.2%), and were diagnosed with hypertension (75.7%). Factors significantly correlated with preventive behaviors for coronary artery disease included gender ($r_{pb} = .351, p < .001$), knowledge about coronary artery disease prevention ($r = .153, p = .022$), and critical health literacy ($r = .194, p = .003$). However, functional and interactive health literacy did not reveal a statistically significant correlation with preventive behaviors for coronary artery disease.

Recommendations The study findings highlight the importance of providing education and promoting critical health literacy particularly for males at risk of coronary artery disease. These efforts can foster critical thinking and decision-making, resulting in improved preventive behaviors for coronary artery disease.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 342-356

Keywords knowledge /health literacy /preventive behaviors /persons at risk /coronary artery disease

Received 2 May 2024, Revised 4 June 2024, Accepted 4 June 2024

¹Thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

²Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

³Corresponding Author: Associate Professor, Division of Community Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; E-mail: wantanamaneer@yahoo.co.th

⁴Instructor, Division of Community Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 41 ล้านคน โดยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ คือโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease, CVD) มีผู้เสียชีวิต 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease, CAD) เป็นสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันควร¹ ในประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรในผู้มีอายุ 30 ถึง 69 ปี เพิ่มขึ้นจาก 29.8 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564²

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือด และความเครียด³ ผู้ที่มีหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน จะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น ดังนั้นการคัดกรองโดยประเมินความเสี่ยงของประชาชนจึงเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคต จากข้อมูลของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำว่าวิธีที่สำคัญที่สุดในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การลดปัจจัยเสี่ยงโดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายให้เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ซึ่งในการส่งเสริม

พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ⁴

ความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam) ความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน 2) ขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ขั้นวิจรณ์ญาณ⁵⁻⁶ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมของแต่ละบุคคลที่ขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อการส่งเสริมดูแลรักษาสุขภาพคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ การมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีนั้นช่วยให้สามารถเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ในทางตรงกันข้าม การที่มึความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำนั้นมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่ดี⁷ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มึความรู้ด้านสุขภาพต่ำ สัมพันธ์กับการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง⁸ นอกจากนี้ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นในบุคคลที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน หากมีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ⁴

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยได้มุ่งเน้นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพราะหากประชากรส่วนใหญ่ในประเทศมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม ทำให้ประชาชนไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นจากฐาน

ข้อมูล Health data center (HDC) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปีในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรีมีจำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.04 เป็นร้อยละ 93.19 ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2563 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด⁹ แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มความเป็นไปได้ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีหลายการศึกษาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰⁻¹² แต่บางการศึกษาก็พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม¹³ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรทั่วไปหรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปแต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากร ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากร (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทิม⁵⁻⁶ มาปรับใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา (Figure 1) นัทิมได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางการคิด ทักษะทางสังคมของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการส่งเสริมและดูแลสุขภาพ โดยบุคคลมีการใช้ทักษะต่าง ๆ และใช้กระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความสามารถเจรจา/ซักถาม/ต่อรองกับบุคคลต่าง ๆ รวมทั้งบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนำความรู้ด้านสุขภาพมาคิดพิจารณาว่าเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ จนทำให้บุคคลนำความรู้มาพัฒนาความสามารถในการดูแลจัดการตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมใน

การดำเนินชีวิตจนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี โดยนั้ทบมจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ⁵⁻⁶

ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นกลยุทธ์ใช้ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องมีพื้นฐานความสามารถในการอ่านออกเขียนได้รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยผ่านทางกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรทางด้านสุขภาพทำให้บุคคลคิดพิจารณา ตัดสินใจเลือกข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ และนำมาปฏิบัติใช้กับตนเองจนเกิดทักษะในการดูแลสุขภาพ และการที่กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจมี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ปัจจัยด้านลักษณะประชากรยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งที่ผ่านมามีเพียงการศึกษาในกลุ่มบุคคลทั่วไป¹⁴ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ¹⁵ แต่ไม่พบการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ จากกรอบแนวคิดนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรปัจจัยด้านลักษณะประชากร (demographic information) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (knowledge about coronary artery disease) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (preventive behaviors for coronary artery disease) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

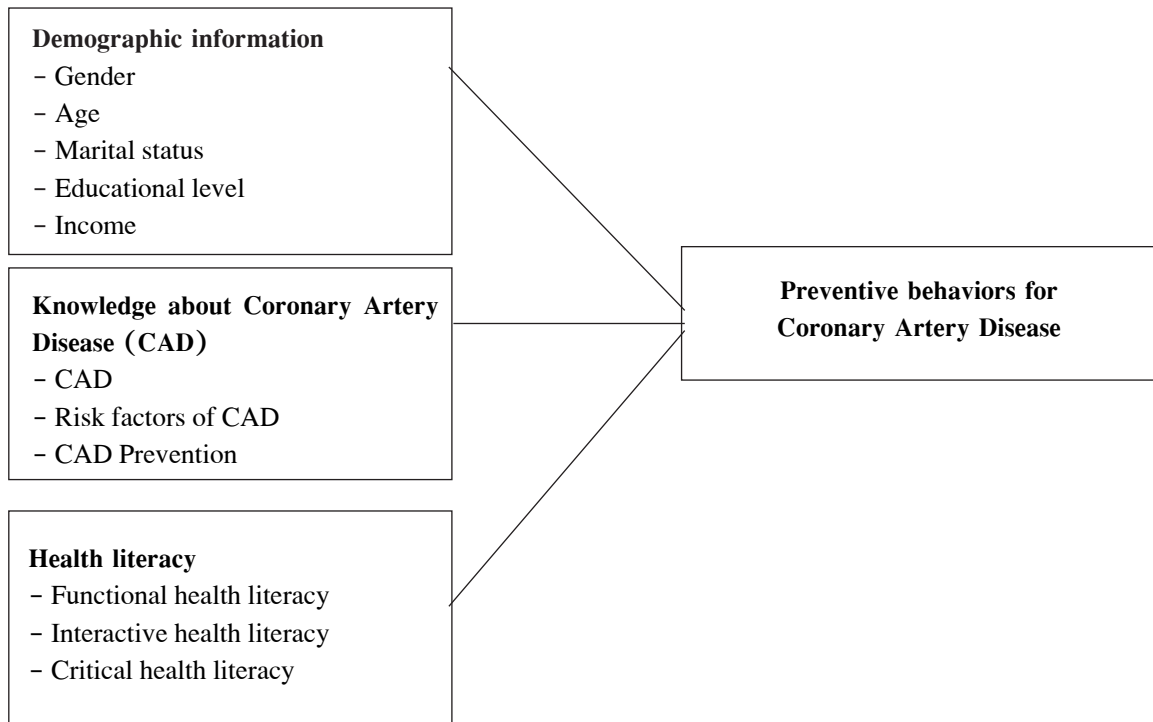


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อาศัยอยู่ในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 3 แห่งในเขตอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี โดยผู้วิจัยสุ่มเลือก รพ.สต. จำนวน 3 แห่งจากทั้งหมด 15 แห่งในอำเภอท่ามะกาโดยเลือก รพ.สต. ขนาดกลาง 2 แห่ง (แห่งละ 57 ราย) และ รพ.สต. ขนาดใหญ่ 1 แห่ง (112 ราย) ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน 2563

การคัดเลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 6 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของ Rama - EGAT Heart Score 2) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 3) ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated mental test (AMT) มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการลงนาม เกณฑ์คัดออกคือ 1) เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง มึนงง พูดไม่ชัด เป็นต้น

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power analysis version 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจ

การทดสอบ (power of the test) ที่ .80 ค่าความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = .05$) และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 2 เรื่อง^{11,13} โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพกับความรู้เกี่ยวกับโรค ผู้วิจัยจึงเลือกค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีค่าน้อยที่สุดคือ 0.19 คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 215 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 5 ในกรณีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 226 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเลือก และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเลือก

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Rama-EGAT Heart Score) ฉบับประเมินตนเองสำหรับประชาชน ซึ่งสร้างโดยสุกิจ แยมวงษ์ (Cited by Yingchoncharoen, et al. 2012)¹⁶ เพื่อประเมินความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยมีคะแนนความเสี่ยงรวมตั้งแต่ -2 ถึง 30 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนมากกว่า 6 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated mental test, AMT) ฉบับภาษาไทย ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558)¹⁷ ใช้คัดกรองภาวะการ

รู้คิดในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยการสอบถาม มีคะแนนรวมเท่ากับ 10 คะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนน หากตอบ “ถูก” น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ข้อ แสดงว่ามีการรู้คิดผิดปกติก่อนการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{4,11,18-20} ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ข้อ ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 13 ข้อ และด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ถูก ผิดและ ไม่แน่ใจ คำตอบที่ถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 22 คะแนน การแปลผล ใช้ค่าเฉลี่ย นำมาคำนวณร้อยละจากคะแนนเต็ม และเทียบระดับตามเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับดี (17.6–22 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง (13.2–17.50 คะแนน หรือร้อยละ 60 –79) และมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับไม่ดี (0–13.1 คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Scale : HLS) ดัดแปลงจากเครื่องมือซึ่งวันทนา มณีศรีวงศ์กุล²¹ แปลมาจากแบบวัด Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) ของ Ishikawa และคณะ²² โดยใช้กระบวนการ

แปลกลับ (back translation process) แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ มีคะแนนระหว่าง 0 – 42 คะแนน การแปลผลคะแนนทำโดยใช้ค่าเฉลี่ย นำมาคำนวณร้อยละจากคะแนนเต็ม และเทียบระดับตามเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี (33.6–42 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง (25.2–33.5 คะแนน หรือร้อยละ 60–79) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี (0–25.1 คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{4,11,18-20} ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการความเครียด และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 84 คะแนน การแปลผลคะแนนทำโดยใช้ค่าเฉลี่ย นำมาคำนวณร้อยละจากคะแนนเต็ม และเทียบระดับตามเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดี (67.2–84 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจปานกลาง (50.4–67.1 คะแนน หรือร้อยละ 60 –79) และมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ดี (0–50.3 คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ 60)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือ ทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน และแพทย์ด้านอายุรกรรม 1 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (CVI = .95) 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (CVI = 1) จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่ รพ.สต. ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson, KR-20) เท่ากับ .76 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .82 และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาโดยรวมเท่ากับ .93 และรายด้านเท่ากับ .88, .77, และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ COA.MURA2019/1051) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยทำการติดต่อขออนุมัติหนังสือเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่ รพ.สต. แต่ละแห่ง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยให้แบบสอบถามกับผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งใช้เวลาตอบประมาณ 30-45 นาทีต่อราย โดยใช้ระยะเวลาระหว่างการรอเรียกตรวจหรือใช้เวลาภายหลังการตรวจ หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านลักษณะประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) สำหรับตัวแปรทวินาม (dichotomous variables) เพศ กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point-biserial correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 226 คน มีอายุตั้งแต่ 38–90 ปี ($M = 63.6$, $SD = 9.7$) ประมาณสองในสามมีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 65.04) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.8) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.5) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 83.2) ประมาณหนึ่งในสามไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 33.2) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 38.9) มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน (ร้อยละ 35.8) ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล (ร้อยละ 88.9) มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ร้อยละ 85.4) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 75.7) โรคไขมันใน

เลือดสูง (ร้อยละ 42.9) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.1) และมียาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์ (ร้อยละ 85.4) ประมาณหนึ่งในห้าของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติของบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 20.4)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม (overall) เฉลี่ย 16.34 ($S.D. = 3.6$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 84.00, 80.00 และ 68.46 ตามลำดับ) (Table 1)

Table 1 Overall knowledge about coronary artery disease in the participants ($n = 226$)

Knowledge about coronary artery disease	Possible score	Min-Max	M	SD	*Mean %	Level
Overall	0–22	5–22	16.34	3.6	74.27	Moderate
– Knowledge about coronary artery disease	0–4	0–4	3.20	0.9	80.00	Good
– Knowledge about the risk factors	0–13	2–13	8.90	2.5	68.46	Moderate
– Knowledge about coronary artery disease prevention	0–5	0–5	4.20	1.1	84.00	Good

*Mean% = average compared to the perfect scores of 100

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (overall) คะแนนเฉลี่ย 22.98 ($SD = 11.08$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเรียงตามลำดับจากมากที่สุดถึงน้อย

ที่สุด ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรณ์ญาณ (ร้อยละ 61.00, 56.53 และ 44.50 ตามลำดับ) (Table 2)

Table 2 Health literacy and its dimensions in the participants ($n = 226$)

Health literacy	Possible score	Min-Max	M	SD	*Mean %	Level
Overall	0–45	2–42	22.98	11.1	51.07	Poor
– Functional health literacy	0–15	0–15	9.15	5.0	61.00	Moderate
– Interactive health literacy	0–15	0–15	8.48	4.0	56.53	Poor
– Critical health literacy	0–12	0–12	5.34	4.3	44.50	Poor

*Mean% = average compared to the perfect scores of 100

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม (overall) เฉลี่ย 58.94 (SD = 9.4) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ

ต่อสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย (ร้อยละ 94.83, 82.58, 82.13, 75.50, 63.28, และ 41.38 ตามลำดับ) (Table 3)

Table 3 Preventive behaviors for coronary artery disease in the participants (n = 226)

Preventive behaviors for coronary artery disease	Possible score	Min-Max	M	SD	*Mean%	Level
Overall	0-84	24-79	58.94	9.4	70.17	Moderate
- Food consumption behaviors	0-32	6-30	20.25	5.0	63.28	Moderate
- Exercise	0-8	0-8	3.31	2.6	41.38	Poor
- Smoking	0-8	0-8	6.57	1.9	82.13	Good
- Alcohol consumption	0-12	0-12	9.06	2.6	75.50	Moderate
- Stress management	0-12	2-12	9.91	2.2	82.58	Good
- Health responsibility	0-12	6-12	11.38	1.1	94.83	Good

*Mean% = average compared to the perfect scores of 100

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากร กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .351, p < .001$) ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .153, p = .022$) ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของ

การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .194, p = .003$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Table 4)

Table 4 Relationships between demographic factors, knowledge about coronary artery disease, health literacy, and preventive behaviors for coronary artery disease (n = 226)

Variables	r	p-value
General information		
Gender	.351*	<.001
Age	.073	.271
Marital status	-.095	.154

Table 4 Relationships between demographic factors, knowledge about coronary artery disease, health literacy, and preventive behaviors for coronary artery disease (n = 226) (Cont.)

Variables	r	p-value
Educational level	-.014	.836
Income	-.099	.138
Knowledge about coronary artery disease		
Knowledge about coronary artery disease	-.029	.669
Knowledge about the risk factors	-.005	.941
Knowledge about coronary artery disease prevention	.153	.022
Overall	.036	.587
Health literacy		
Functional health literacy	.025	.714
Interactive health literacy	.040	.551
Critical health literacy	.194	.003
Overall	.100	.134

* r_{pb} = Point-biserial correlation (female = 1, male = 0)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม และความรู้รายด้านเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำทั่วไปในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมโรคเรื้อรังต่าง ๆ จากบุคลากรทีมสุขภาพและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลที่ร่วมให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของรพ.สต.ทุกเดือนนั้น แต่เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความรู้ที่ค่อนข้างเฉพาะ การให้ความรู้ต้องครอบคลุมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและด้านความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ใน

ระดับปานกลาง คล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า โดยส่วนใหญ่มักได้รับข้อมูลความรู้และคำแนะนำทั่วไปในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่ได้เป็นข้อมูลความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้แรงของโรค ด้านการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิต ด้านอาการ และอาการแสดง และด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง¹³

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อาจเป็นเพราะในการศึกษาค้นครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดศึกษาระดับประถมศึกษา และส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษาและอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพแสดงว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงและอายุที่มากขึ้น

สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ เนื่องจากผู้ที่มิอายุเพิ่มขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุมีการเรียนรู้ที่ช้าลง²³ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ่านและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลและการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพมาดูแลตนเอง

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยง จึงยังไม่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจากบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่มากนัก (ร้อยละ 20.4) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจยังไม่ตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอยู่เพียงระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนทำให้ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการที่ รพ.สต. จึงสามารถมาตรวจรับยาได้ตามนัดและมีความร่วมมือในการรักษา อย่างไรก็ตามด้านการออกกำลังกาย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากถึง 2 ใน 3 เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.04) ซึ่งเป็นวัยที่มีความถดถอยด้านร่างกายหรืออาจมีความรุนแรงของโรคที่เป็นข้อจำกัดต่อการออกกำลังกาย²⁴

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากร กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าเพศชาย เพราะเพศหญิงเป็นเพศที่สามารถปรับตัวได้ดี มีความใส่ใจในการดูแลตนเอง¹⁵

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความรู้รายด้านเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .153$, $p = .022$) อธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง จึงมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมนักวิชาการสุขภาพ โดยเป็นข้อมูลที่ไม่ซับซ้อนและอาจใช้ประสบการณ์เดิมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีความรู้ที่ดีในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดี¹²

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .194$, $p = .003$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งอธิบายได้จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทิม⁵⁻⁶ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลทำความเข้าใจ

เพื่อวิเคราะห์ประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาใช้ ส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการได้รับข้อมูลและการสื่อสารทำให้บุคคลสามารถพิจารณาข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ ตัดสินใจเลือกรับข้อมูล นำไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ มีผลต่อการพัฒนาความคิดและการตัดสินใจที่ดีของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ^{13,24} ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า แม้ในกลุ่มตัวอย่างจะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมต่ำ แต่ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล มีเพียงส่วนน้อยที่สืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพในอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟสบุ๊ค และได้นำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับนั้นมาคิดวิเคราะห์พิจารณาความเหมาะสม และตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากสื่อต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁵

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจทำให้สามารถอ้างอิงไปยังประชากรที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างได้เท่านั้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ โดยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นวิจารณ์ญาณสำหรับกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะเพศชาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพขึ้นวิจารณ์ญาณกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ ดังนั้น ควรมีการศึกษาในปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจมีผลกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสมได้

2. ควรมีการศึกษาในบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างออกไป เช่น กลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งการศึกษาต่อยอดในเชิงทำนายซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการศึกษานี้ และขอบคุณ ศ.ดร.นพวรรณ เปียชื่อ สำหรับข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 18]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1392420230228064621.pdf> (in Thai)
3. Shahjehan RD, Bhutta BS. Coronary Artery Disease [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564304/>
4. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary. *Circulation*. 2019;140(11):e563-95. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000677> PMID: 30879339
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
6. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008; 67:2072-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050> PMID: 18952344
7. Peltzer S, Hellstern M, Genske A, Jünger S, Woopen C, Albus C. Health literacy in persons at risk of and patients with coronary heart disease: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2020;245:112711. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112711> PMID: 31855729.
8. Ghisi GLM, Chaves GSDS, Britto RR, Oh P. Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2018;101(2):177-84. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.002> PMID: 28899710
9. Kanchanaburi Public Health Office, The Health Data Center. Percentage of diabetic and high blood pressure patients of Kanchanaburi Province [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 18]. Available from: https://kri.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php?year_selection=2020.
10. Nachai L, Sriprasong S, Seneha C, Chantadansuwan T. Factors Predicting Self-Care Behaviours in Patients with Coronary Artery Disease. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 10]; 37(3):93-108. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/256882/176508> (in Thai)
11. Sirikangwankun W, Thato R, Polsook R. Factors Predicting Preventive Behaviors for Coronary Artery Disease among the Royal Thai Army Personnel. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 6]; 29(2):99-111. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/103420/82727> (in Thai)
12. Israfil I, Yusuf A, Efendi F, Lutfi I, Sriwahyuningsih I. Factors Associated with Behavior in the Prevention of Cardiovascular Complications in Hypertensive Patients in Indonesia: A Systematic Review. *Journal of Health Research*. 2023;37 Suppl 1:S1-8.
13. Kareesun K, Malathum P, Sutti N. Relationship among Health Literacy, Knowledge about Hypertension Control, and Health Behavior in Older Persons with Hypertension. *Ramathibodi Medical Journal* [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 18]; 25(3):280-95. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/179176/161084> (in Thai)

14. Chanpanit N, Lagampan S, Pichayapinyo P. Factors Related to Coronary Artery Disease Prevention Behaviors among Men with Andropause in Bangkok. Journal of Public Health Nursing [internet]. 2018 [cited 2022 May 28]; 32(3):101-14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/189729/132850> (in Thai)
15. Hirungerd S, lalun A, Kunkean T. Factors Influencing Self-care Behavior of Cardiovascular Clients at Kaengkray Hospital, Chaiyaphum Province. Journal of Nursing and Health Care [internet]. 2021 [cited 2022 May 28]; 39(2):97-106. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/249028/169383> (in Thai)
16. Yingchoncharoen T, Limpijankit T, Jongjirasiri S, Laothamatas J, Yamwong S, Sritara P. Arterial stiffness contributes to coronary artery disease risk prediction beyond the traditional risk score (RAMA-EGAT score). Heart Asia. 2012;4(1):77-82. <https://doi.org/10.1136/heartasia-2011-010079> PMID: 23585778.
17. Department of Medical services, Ministry of Public Health. Guide to screening/assessing the elderly [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 18]. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book-2558-06_1.pdf (in Thai)
18. American Heart Association. How Smoking and Nicotine Damage Your Body [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 18]. Available from: <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/quit-smoking-tobacco/how-smoking-and-nicotine-damage-your-body>
19. Javaheri S, Redline S. Insomnia and Risk of Cardiovascular Disease. Chest. 2017;152(2):435-44. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.01.026> PMID: 28153671
20. World Heart Federation. What is cardiovascular disease [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 18]. Available from: <https://www.world-heart-federation.org/resources/risk-factors/>
21. Kumkrong C, Maneesriwongul W, Janpanish P. Relationships of Health Literacy and Knowledge about Antiretroviral Therapy to Medication Adherence among People Living with HIV. Kuakarun Journal of Nursing [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 18]; 21(2): 211-28. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/31252> (in Thai)
22. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. Diabetes Care. 2008;31(5):874-9. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932> PMID: 18299446.
23. Madican K, Oba N, Supametaporn P. Factors Related to Health Literacy in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes. Journal of Nursing and Health Sciences [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 10]; 14(1):38-53. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/229035/163877> (in Thai)
24. Saisin B, Kengganpanich T, Kengganpanich M, Chantadansuwan T. Health Literacy and Self-Care Behaviors Among Patients with Ischemic Heart Disease at Central Chest Institute of Thailand. Thai Journal of Health Education [internet]. 2021 [cited 2023 Jan 10]; 44(2):113-25. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/muhed/article/view/250802/171514> (in Thai)
25. Khamkon A, Buatee S, Chaichan A, Phumpu B, Ruangchaitaweesuk K. Health Literacy and Health Behaviors to Prevent Hypertension Among Older Adults in the Urban and Semi-Urban Community. Journal of Health and Nursing Education [internet]. 2022 [cited 2023 June 20]; 28(2):1-16. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/258838/177391> (in Thai)

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว¹

กฤติน สอนบาลี เวียงแก้ว, พย.ม.²

จิตตวดี เจริญทอง, ประ.ด. (การพยาบาล)³

ศิริรัตน์ ปานอุทัย ประ.ด. (การพยาบาล)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งต้องการข้อมูลสารสนเทศเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การออกแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ใช้แนวคิดความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 84 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565-เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอายุเฉลี่ย 69.48 ปี (SD = 8.29) เกือบทั้งหมดใช้สมาร์ทโฟน (ร้อยละ 96.43) มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการบำรุงรักษาตนเอง ด้านการรับรู้อาการ และด้านการจัดการตนเอง ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันที่ .607, .508, .551, .520 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง

คำสำคัญ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง ผู้สูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลว วันที่ได้รับ 5 มิ.ย. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 ก.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 8 ก.ค. 67

¹วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
²นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

E-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Electronic Health Literacy and Self-Care Among Older Persons with Heart Failure¹

Krittin Sonbalee Wiangkaew, M.N.S.²
Jittawadee Rhiantong, Ph.D. (Nursing)³
Sirirat Panuthai, Ph.D. (Nursing)⁴

Extended Abstract

Introduction Electronic health literacy plays a crucial role in the self-care of people with chronic diseases. However, older adults may face limitations in electronic health literacy, potentially affecting their self-care, particularly those with heart failure, who require information to manage their conditions continuously.

Objectives This study aimed to study electronic health literacy and self-care and investigate the associations between electronic health literacy and self-care in older people with heart failure.

Design This study was a correlation descriptive research, using the electronic health literacy concept as a study framework.

Methodology Through purposive sampling, the participants included 84 older adults diagnosed with heart failure for at least three months. Data were collected from December 2022 to November 2023 using questionnaires on demographic and health, electronic health literacy, and self-care heart failure index. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

Results The participants had an average age of 69.48 years (SD = 8.29). Almost all of them used smartphones (96.43%), having overall electronic health literacy and subscales at moderate levels, while the overall self-care and its subscales were inadequate. Correlational analysis revealed that overall electronic health literacy had a significant correlation ($p < .001$) with overall self-care and its subscales, including self-maintenance, symptom awareness, and self-management, at moderate levels with Pearson's correlation coefficients of .607, .508, .551, .520 respectively.

Recommendations Findings from this study highlight the significance of electronic health literacy and self-care. Healthcare teams can use this information as a baseline to plan for promoting electronic health literacy and self-care in older adults with heart failure, particularly those with similar characteristics to the study participants.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 357-372

Keywords electronic health literacy / self-care / older adults / heart failure

Received 5 June 2024, Revised 5 July 2024, Accepted 8 July 2024

¹ Thesis, Master's degree of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

² Graduate student, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

³ Corresponding author, Assistant Professor, Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand E-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

⁴ Assistant Professor, Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ส่งผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พบอัตราการป่วยและการตายสูงขึ้นเนื่องจากเป็นภาวะที่พบในระยะท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี พบร้อยละ 20 โดยมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ¹ ในสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุคิดเป็น 1,600 ต่อแสนประชากรซึ่งสูงกว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ (840 ต่อแสนประชากร)² มีการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอายุ 70 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.3 เท่าในปี ค.ศ. 2040 (พ.ศ. 2583) และ 3 เท่าในปี ค.ศ. 2060 (พ.ศ. 2603)³ สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึงร้อยละ 53.2 ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด² แม้ว่าจะมีการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ แต่อัตราการตายยังคงสูง⁴ โดยพบอัตราการตายใน 1 ปีของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 33 ในขณะที่อัตราการตายในวัยผู้ใหญ่คิดเป็นร้อยละ 24² ถึงแม้จะมีการรักษาด้วยยาชนิดใหม่ ๆ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจรวมถึงการผ่าตัดช่วยทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นอย่างไรก็ตามยังไม่สามารถลดอัตราการตายได้เป็นที่น่าพอใจ⁴

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอาการทางคลินิกที่ซับซ้อน เกิดจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจและลิ้นหัวใจซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการสูบฉีดเลือดลดลง ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดไม่เพียงพอ ภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะในระยะรุนแรงจะมีอาการเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายเล็กน้อย อ่อนล้า และหายใจลำบาก⁶ การรักษาส่วนใหญ่เน้นการให้ยาและเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิก⁷ นอกจากนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

ประจำวันเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งรวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค การดูแลตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี และลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนทางพยาธิสภาพ การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการรักษาซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีการดูแลตนเองที่ดีสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸

การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมตามการตัดสินใจตามธรรมชาติเพื่อรักษาเสถียรภาพทางด้านสรีระและตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น⁹ ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การบำรุงรักษาตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การจำกัดโซเดียมในอาหาร การรับประทานยาตามแผนการรักษา 2) การรับรู้อาการ เช่น การสังเกตและติดตามอาการหอบเหนื่อยหรืออาการบวมตามแขนขา และ 3) การจัดการการดูแลตนเอง เช่น การปรับยาหรือรูปแบบกิจกรรมตามอาการที่ปรากฏ⁹ จากการศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ Chen และคณะ¹⁰ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 72 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอ (adequate) ร้อยละ 71.4 ระดับน้อย (marginal) ร้อยละ 12.2 และระดับไม่เพียงพอ (inadequate) ร้อยละ 16.3

ความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy) เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพบนสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศ

มีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน ช่วยให้การเข้าถึงแหล่งข้อมูลออนไลน์สะดวกมากขึ้น ในระบบบริการสุขภาพมีการใช้เทคโนโลยีอย่างแพร่หลายเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นผ่านสื่อสังคมมีเดียหรือแพลตฟอร์มต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์สุขภาพและแอปพลิเคชันทางการแพทย์¹¹ แม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนมากจะยังคงให้ความสำคัญกับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ความสะดวกในการเข้าถึงทำให้อินเตอร์เน็ตเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยม¹² ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งหมายถึงความสามารถในการค้นหาทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยน และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพออนไลน์ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการรักษาและพัฒนาสุขภาพ ความรอบรู้นี้มีบทบาทสำคัญในยุคดิจิทัล ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและแนวทางการรักษาที่ทันสมัย ทำให้สามารถจัดการกับอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ดีขึ้น แบ่งเป็น 4 ระดับคือ 1) ความรอบรู้ระดับพื้นฐาน (functional eHealth literacy) ซึ่งเป็นทักษะการอ่านและเขียนเกี่ยวกับสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต 2) ความรอบรู้ระดับการสื่อสาร (communicative eHealth literacy) ความสามารถในการประสานงานและควบคุมการสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้ใช้บนสื่อออนไลน์ 3) ความรอบรู้ระดับวิจรณ์ญาณ (critical eHealth literacy) ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต และ 4) ความรอบรู้ระดับการถอดความหมายสู่การปฏิบัติ (translational eHealth literacy) ซึ่งเป็นความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้จากอินเทอร์เน็ตในบริบทต่าง ๆ¹³

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพที่เหมาะสมสามารถสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ในหลายระดับ หากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวขาดความสามารถในการค้นหาทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยน และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพออนไลน์ อาจส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเอง ทำให้ยากต่อการเข้าถึงและใช้ข้อมูลจากแหล่งออนไลน์ขาดทักษะด้านการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้อง การตัดสินใจก่อนนำข้อมูลมาใช้อาจไม่แม่นยำ ทำให้ยากในการประเมินความน่าเชื่อถือและความสอดคล้องของข้อมูล นอกจากนี้ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้จากสื่อออนไลน์ไปปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ ซึ่งทั้งหมดนี้อาจส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพทางร่างกายและอารมณ์ในระยะยาว จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงไว้และการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ Chuang และคณะ¹⁴ โดยกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 26-83 ปีอายุเฉลี่ย 65.2 ปีพบว่าความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายทางตรงต่อการดูแลตนเองในองค์ประกอบย่อยคือการดูแลตนเองด้านจัดการตนเอง (self-management) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .17, p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แม้จะมีการศึกษาที่ผ่านมา แต่เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุชาวจีน ที่พบว่า การดูแลตนเองยังไม่เหมาะสม¹⁰ และการศึกษาความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง¹⁶ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาอาจยังไม่สามารถนำมาอ้างอิงในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใน

ประเทศไทยได้ เนื่องจากความแตกต่างด้านอายุและวิธีการปฏิบัติ ส่วนองค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีน ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวอาจไม่สามารถอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยได้เช่นกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทย เพื่อที่สามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้ด้านสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของ Paige และคณะ (2018) อธิบายไว้ว่าเป็นความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพออนไลน์ ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ และความสามารถในการใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อการคงไว้หรือปรับปรุงภาวะสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน คือ ทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน (พิมพ์) เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้งานบนอินเทอร์เน็ตได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับสื่อสาร คือ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การปรับตัว และการควบคุมการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้อื่นในสังคมออนไลน์ผ่านมัลติมีเดีย 3) ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ คือ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือ ความเกี่ยวข้อง และความเสี่ยงของการแบ่งปันและรับข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต และ 4) ความรู้ในการถอดความหมายสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ คือ ความสามารถในการใช้ความรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับจากอินเทอร์เน็ตในบริบทที่หลากหลายเพื่อการประโยชน์ในด้านต่าง ๆ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นความรู้ในระดับที่สูงที่สุดของความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความรู้ที่เป็นผลรวมจากความรู้ระดับอื่น ๆ ทั้งหมด

การมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้วยการมีทักษะการอ่านและสื่อสารด้วยการเขียนซึ่งเป็นความรอบรู้ระดับพื้นฐานนอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยมีทักษะด้านการสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคมออนไลน์ จะทำให้การเข้าถึงข้อมูลมีความง่ายและสะดวกขึ้น และการสื่อสารด้วยการโต้ตอบจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีขึ้นส่วนความรอบรู้ระดับวิจารณ์ญาณจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และตัดสินข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ จนสามารถตัดสินใจนำข้อมูลมาวิเคราะห์การปฏิบัติดูแลตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวใน 3 ด้าน ได้อย่างเหมาะสม คือ 1) ด้านการบำรุงรักษาสุขภาพเพื่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ 2) ด้านการรับรู้อาการซึ่งเป็นการรับรู้และติดตามอาการที่ผิดปกติจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของร่างกายเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงการตีความอาการเหล่านั้นและ 3) ด้านการจัดการหรือการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่คลินิกหัวใจ

ล้มเหลวและคลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) การรู้จักปกติ โดยมีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน 2) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย 12 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน 3) เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยด้วยการอ่านและเขียนได้ 4) มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 5) มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ไม่มีอุปสรรคสื่อสารที่สามารถเข้าถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เป็นของตนเอง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่นำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดปานกลางตามข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล¹⁷ จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 84 คน

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย อาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้ตนเองต่อเดือน ประเภทของอุปกรณ์สื่อสารของตนเอง ความถี่ของการใช้อินเทอร์เน็ต ระยะการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตต่อวัน วัตถุประสงค์ของการใช้

สื่ออินเทอร์เน็ต ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว โรคประจำตัวร่วม แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ

2. แบบสอบถามการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ฉบับผู้ป่วย เวอร์ชัน 7.2 ซึ่งพัฒนาโดย Riegel และคณะ⁹ ฉบับแปลเป็นภาษาไทย¹⁸ เพื่อใช้ในการประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบำรุงรักษาตนเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) 2) ด้านการรับรู้อาการ จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการรับรู้ความถี่ของการเกิดอาการ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบตั้งแต่ ไม่เคยเกิดอาการ (1 คะแนน) ถึง อาการเป็นประจำ (5 คะแนน) และ ส่วนที่ 2 เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเร็วในการตรวจพบอาการและความสามารถในการระบุงการ จำนวน 2 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเริ่มจาก ไม่มีอาการ (0 คะแนน) สำหรับผู้ไม่มีอาการ จนถึง เกิดอาการเร็วมาก (5 คะแนน) สำหรับผู้ที่มีอาการ 3) ด้านการจัดการการดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการควบคุมอาการ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบจาก ไม่ได้ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) จนถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ (5 คะแนน) และส่วนที่ 2 การจัดการตนเองล่าสุดที่ทำให้รู้สึกดีขึ้น จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบตั้งแต่ ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) ถึง แน่ใจมากที่สุด (5 คะแนน) ในการวิเคราะห์คะแนนรายด้าน พิจารณาจากคะแนนดิบของการดูแลตนเองในแต่ละด้าน ทำให้อยู่ในค่ามาตรฐานให้มีค่าระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนน โดยมีวิธีการคำนวณดังนี้

$$\text{คะแนนมาตรฐาน} = \frac{(\text{คะแนนดิบที่ได้จริง} - \text{คะแนนดิบต่ำสุดที่เป็นไปได้}) \times 100}{\text{ช่วงคะแนนดิบที่เป็นไปได้}}$$

การแปลผลคะแนนรายด้านน้อยกว่า 70 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองในด้านนั้นไม่เพียงพอ หรือ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองในด้านนั้น ๆ ได้ ตามมาตรฐานที่ถือว่ามีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว และตั้งแต่ 70 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองในด้านนั้นเพียงพอ หรือ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองในด้านนั้น ๆ ได้ตามมาตรฐานที่ถือว่ามีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการวิเคราะห์คะแนนโดยรวม จะเป็นการหาค่าเฉลี่ยของคะแนนมาตรฐานของการดูแลตนเอง 3 ด้าน การแปลผลคะแนนโดยรวมน้อยกว่า 70 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองโดยรวมไม่เพียงพอ หรือ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองโดยรวมได้ตามมาตรฐานที่ถือว่ามีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว และตั้งแต่ 70 คะแนน หมายถึง การดูแลตนเองโดยรวมได้ตามมาตรฐานที่ถือว่ามีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว¹³

3. แบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดย Paige และคณะ¹³ ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 4 ข้อ 2) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ 3) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ความรอบรู้ในการถอดความหมายสารสนเทศ

อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างมาก (5 คะแนน) คะแนนสูงหมายถึง ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพดี คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18.00–90.00 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้สูตรภาคพื้น ได้แก่ ความรอบรู้ระดับต่ำ (18.00 – 42.00 คะแนน) ความรอบรู้ระดับปานกลาง (42.01 – 66.00 คะแนน) และ ความรอบรู้ระดับสูง (66.01 – 90 คะแนน) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและความรอบรู้ในการถอดความหมายสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4.00–20.00 คะแนน แปลผลดังนี้ ความรอบรู้ระดับต่ำ (4.00 – 9.00 คะแนน) ความรอบรู้ระดับปานกลาง (9.01 – 15.00 คะแนน) และ ความรอบรู้ระดับสูง (15.01 – 20.00 คะแนน) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับสื่อสารและระดับวิจารณ์ญาณ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5.00–25.00 คะแนน แปลผลดังนี้ ความรอบรู้ระดับต่ำ (5.00 – 12.00 คะแนน) ความรอบรู้ระดับปานกลาง (12.01 – 19.00 คะแนน) และความรอบรู้ระดับสูง (19.01 – 25.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยวรินทร์ดำรงรัตน์วงศ์ และเชมารัตน์ มาลีบุญ¹⁸ ได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงความสอดคล้อง (Congruent validity) โดยนำไปหาความสัมพันธ์กับแบบประเมิน EHFS-9 ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าแบบประเมิน EHFS-9 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ SCHFI อย่างมีนัยสำคัญ

($p < .05$) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้ทำการทดสอบซ้ำ

แบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Transactional eHealth Literacy Instrument (TeHLI) ที่พัฒนาโดย Paige และคณะ¹³ โดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (back translation) ของ Brislin¹⁹ โดยกระบวนการแปลแบบสอบถามภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยเริ่มจากผู้วิจัยทำการแปลฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (forward translation) ตามด้วยการตรวจสอบด้านเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจและด้านการพยาบาลผู้สูงอายุสองท่านที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้แปลครั้งแรก จากนั้นทำการแปลย้อนกลับ โดยผู้ที่มีความชำนาญในการใช้ทั้งสองภาษาและไม่เคยเห็นเครื่องมือชุดต้นฉบับสองคน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษเดิมและฉบับแปลกลับมาตรวจสอบความตรงการแปล (similarity) และส่งฉบับที่แปลย้อนกลับให้เจ้าของเครื่องมือพิจารณาผลการตรวจสอบพบการแปลที่ตรงกันและยอมรับได้จากเจ้าของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจภาษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจข้อความถามทุกข้อ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการดูแลตนเองในผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวและแบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามโดยรวมและรายด้าน เท่ากับ .82, .47, .71 และ .85 ตามลำดับ และการทดสอบ

ในกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย ได้เท่ากับ .98, .80, .82 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมโครงการ การวิจัยเอกสาร เลขที่ 133/2565 Study code: 2566-EXP0 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการ ผู้วิจัยได้ยึดหลัก จริยธรรมการวิจัยในคนอย่างเคร่งครัด การตัดสินใจ เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยทำโดยอิสระ สามารถ ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบาย เหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดถูกเก็บเป็น ความลับการนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวมเพื่อประโยชน์ ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเองในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ภายหลังได้รับอนุมัติให้ ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้พบกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นได้ติดประกาศเชิญชวนผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวเข้าร่วมโครงการที่คลินิกโรคหัวใจ ผู้ที่สนใจ ลงชื่อและได้รับการเลือกจะได้รับการติดต่อนัดหมาย เพื่อทำการสัมภาษณ์ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบาย รายละเอียดการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ประโยชน์ที่ได้รับโดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามยินยอม ก่อนเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบเองเริ่มจากแบบสอบถาม

การดูแลตนเองและตามด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้สารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติเชิง พรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้านการแจกแจง ของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.48 ปี (SD = 8.29) ผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปีและ 70-79 ปี มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 47.62 และ 45.24 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.10) ครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน (ร้อยละ 50) จากการสำรวจประเภทของเครื่องมือสื่อสารที่ใช้เป็น ของตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดใช้สมาร์ทโฟน (ร้อยละ 96.43) และมากกว่าครึ่งใช้สื่ออินเทอร์เน็ตทุกวัน (ร้อยละ 57.14) มีระยะเวลาในการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตต่อ วันที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการสื่อสาร (ร้อยละ 80.95) สามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างใช้ในการ รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมียามากกว่า 5 ชนิด (ร้อยละ 75.00) และส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลด้าน สุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 88.10) (Table 1)

Table 1 Characteristics of the participants (n = 84)

Variables	n (%)	Variables	n (%)
Gender		Age (years) Min-Max= 60-89, M= 69.48, SD=8.29	
Male	50 (59.50)	60 – 69	40 (47.62)
Female	34 (40.50)	70 – 79	38 (45.24)
Marital status		80 – 89	6 (7.14)
Single	5 (5.95)	Educational level	
Married	74 (88.10)	Illiterate	4 (4.76)
Widowed/divorced/separated	5 (5.95)	Primary education	23 (27.38)
Living arrangement		Secondary education	25 (29.77)
Alone	5 (5.95)	Associate's degree/	3 (3.57)
With spouse	20 (23.81)	Professional certificate	
With children/grandchildren	14 (16.67)	Bachelor's degree	26 (30.95)
With relatives	3 (3.57)	Others	3 (3.57)
With spouse/children/grandchildren	42 (50.00)	Current occupation	
Personal monthly income (baht)		Not employed	41 (48.81)
< 5,000	35 (41.67)	Pensioner	17 (20.24)
5,000 – 10,000	7 (8.33)	Agriculture	16 (19.05)
10,001 – 15,000	15 (17.86)	Self-employed/Trade	7 (8.33)
> 15,000	27 (32.14)	Government officials/employees	3 (3.57)
Personal communication devices*		Frequency of internet use	
Smartphone	81 (96.43)	None	(days/week)
Computer	15 (17.86)	1 – 2	6 (7.14)
Tablet	10 (11.90)	3 – 4	23 (27.38)
Daily internet usage (hours)		5 – 6	7 (8.33)
None	6 (7.14)	Everyday	–
< 1	24 (28.57)	Duration since HF diagnosis (years)	48 (57.15)
1 – 2	16 (19.05)	< 1	33 (39.29)
3 – 5	20 (23.81)	1–3	14 (16.67)
6 – 12	18 (21.43)	>3–5	18 (21.43)
Purpose of internet use		> 5	19 (22.61)
Communication	68 (80.95)	Frequency of hospital visits in the past year (times)	
Entertainment	21 (25.00)	None	3 (3.57)
Information search	18 (21.43)	1 – 2	11 (13.09)
Business	5 (5.95)	3 – 4	35 (41.67)
Others	6 (7.14)	> 4	35 (41.67)
Number of medications for HF		Sources of health information*	
1–2	2 (2.38)	Medical personnel	74 (88.10)
3–5	19 (22.62)	Internet	26 (30.95)
> 5	63 (75.00)	Television	10 (11.90)
Comorbidities*		Print Media	2 (2.38)
Presence	84 (100.00)	Others	2 (2.38)
Cardiovascular diseases	84 (100.00)		
Diabetes	37 (44.05)		
Hypertension	37 (44.05)		
Musculoskeletal disorders	29 (34.52)		
Kidney diseases	7 (8.33)		
Cancer	2 (2.38)		
Others	30 (35.71)		

* Responses with more than one answer

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 54.65 คะแนน (SD = 14.86) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับพบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับสื่อสาร ระดับวิจารณ์ญาณ และระดับการถอดความหมาย

สู่การปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง (Table 2) ในส่วนของการดูแลตนเองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองโดยรวม เท่ากับ 64.93 (SD = 14.90) อยู่ในระดับไม่เพียงพอ เมื่อแยกรายด้านพบว่า ด้านการบำรุงรักษาตนเองด้านการรับรู้การและด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับไม่เพียงพอ (Table 3)

Table 2 Description of electronic health literacy in the participants (n = 84)

Variables	Possible Score	Actual score	M (SD)	Level	Low level n (%)	Moderate level n (%)	High level n (%)
Functional	4.00–20.00	7.00–20.00	14.66 (3.18)	Moderate	4 (4.76)	43 (51.19)	37 (44.05)
Communicative	5.00–25.00	7.00–25.00	15.90(4.42)	Moderate	18 (21.43)	45 (53.57)	21 (25.00)
Critical	5.00–25.00	5.00–24.00	13.96(4.90)	Moderate	37 (44.05)	34 (40.47)	13 (15.48)
Translational	4.00–20.00	4.00–20.00	10.12(4.58)	Moderate	39 (46.43)	33 (39.28)	12 (14.29)
Overall	18.00–90.00	27.00–85.00	54.65 (14.86)	Moderate	20 (23.81)	39 (46.43)	25 (29.76)

Table 3 Description of self-care (SC) of heart failure index (n = 84)

Self-care	Possible Score	Actual score	M (SD)	Level	Inadequate n (%)	Adequate n (%)
SC Maintenance	0 – 100	32.5 – 100	67.17 (16.84)	Inadequate	50 (59.52)	34 (40.48)
SC Monitoring	0 – 100	15.22 – 95.65	65.55 (16.30)	Inadequate	47 (55.95)	37 (44.05)
SC Management	0 – 100	22.27 – 93.94	62.05 (16.16)	Inadequate	59 (70.24)	25 (29.76)
Overall	0 – 100	31.01 – 91.66	64.93 (14.90)	Inadequate	50 (59.52)	34 (40.48)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.607, p<.001$) และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวด้านการบำรุงรักษาตนเอง ($r=.508, p<.001$) ด้านการรับรู้การ ($r=.551, p<.001$) และด้านการจัดการตนเอง ($r=.520, p<.001$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.43) ใช้สมาร์ตโฟน แต่มีเพียงร้อยละ 21.43 ที่ใช้เครื่องมือสื่อสารเพื่อการสืบค้นข้อมูล และร้อยละ 30.95 ได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ตได้น้อย ซึ่งอินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งข้อมูลที่หลากหลายรวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนของความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพและใช้ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองต้องอาศัยทักษะทางปัญญา (cognitive skill) ทั้งระดับต่ำจนถึงระดับสูงคือความสามารถในการอ่านและการเขียน และความสามารถในการคิดวิเคราะห์เปรียบเทียบ รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.19 มีความรอบรู้ระดับพื้นฐาน

ในระดับปานกลาง เป็นความสามารถในการอ่านและเขียนได้ สอดคล้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ซึ่งให้เห็นว่าความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจในการเลือกใช้อุปกรณ์เพื่อนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอาจยังไม่เหมาะสม นั่นคือความรอบรู้ในการถอดความหมายสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติอาจยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าหนึ่งในสามศึกษาในระดับปริญญาตรี และสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์การเรียนรู้ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร²¹ ที่พบวาระดับการศึกษา มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเมื่อผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงขึ้นจะส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคหัวใจในสถานบริการสุขภาพของประเทศอิหร่านที่พบว่าความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง¹⁶ โดยทักษะด้านการแยกข้อมูลที่มีคุณภาพออกจากข้อมูลอื่น ๆ จากอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับต่ำสุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 44.05) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาติดตามระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับสูง²² ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุค่อนข้างน้อยและได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเวลานานกว่าอาจทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ อธิบายได้จากการที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองในแต่ละด้านได้ตามมาตรฐานการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว (คะแนนน้อยกว่า 70 ในทุกด้าน) คือ ด้านการบำรุงรักษาตนเอง หรือการพร้อมการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งเสถียรภาพด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ ทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานยา การรับประทานอาหารและการจัดการด้านอารมณ์ที่ไม่เพียงพอ ด้านการติดตามอาการผิดปกติ และด้านการจัดการอาการ การบริหารจัดการการดูแลตนเองให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับยา การปรับการดื่มน้ำและการดื่มน้ำสะอาดเมื่อมีอาการบวม การบริหารด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มีความเหมาะสม และต่อเนื่อง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง²³ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองที่ไม่ดี ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย ไม่ปรึกษาแพทย์เมื่อมีน้ำหนักรับเกิน ไม่ชั่งน้ำหนักตัวและไม่จำกัดน้ำ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว²⁴ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีและดีมาก

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ สามารถอธิบายได้จากการที่ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพด้านร่างกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง²⁵ ซึ่งในภาวะหัวใจล้มเหลวผู้สูงอายุต้องปฏิบัติหลายกิจกรรมที่มีความซับซ้อนเนื่องจากต้องคำนึงถึงการเจ็บป่วยของตนเองด้วย โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย คือ อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 52.38 สอดคล้องกับ

การศึกษาที่ผ่านมาในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว²⁵ พบว่า มีการดูแลตนเองในด้านการรักษาไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยา และการดูแลตนเองในด้านการขอรับคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา เช่น โทรศัพท์หาบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อมีอาการเหนื่อย เป็นต้น นอกจากนี้ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่ต่ำอาจมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เกือบหนึ่งในสามไม่ได้ศึกษาและศึกษาในระดับประถมศึกษา ด้วยระดับการศึกษาส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลหรือคำแนะนำด้านสุขภาพที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ ได้ และสามารถตัดสินใจในการนำมาปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ ดังการศึกษาที่ผ่านมา²³ พบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ระดับการศึกษา โดยผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้ มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมมากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าถึง 2.6 เท่า

นอกจากนี้ การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมยังอาจอธิบายได้จากปัจจัยด้านการรับประทานยา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 รับประทานมากกว่า 5 ชนิด อาจทำให้มีโอกาสปฏิบัติไม่เหมาะสมเนื่องจากผลข้างเคียงของยา หรือความซับซ้อนในการรับประทานยา ทั้งในด้านเวลาและความยุ่งยากในการปฏิบัติเกี่ยวกับยา อีกทั้งการมีโรคร่วมอาจเป็นข้อสงสัยสนับสนุนถึงการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ โรคไต โรคมะเร็ง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งชี้ว่า

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพที่ดี จะมีการดูแลตนเองทั้งด้านการบำรุงรักษาตนเอง การรับรู้การ และการจัดการตนเองที่เหมาะสม อธิบายได้ว่าหากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตผ่านทางเครื่องมือสื่อสารทั้งสมาร์ทโฟนและเครื่องมืออื่น ๆ จะทำให้ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่หลากหลายและทันทั่วทั้งที่ซึ่งรวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบำรุงรักษาตนเอง การเฝ้าระวังและติดตามอาการ ตลอดจนการจัดการอาการเบื้องต้น โดยไม่ต้องเดินทางมาพบบุคลากรที่สุขภาพเพื่อขอคำแนะนำ ซึ่งอินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพมากมาย ในปัจจุบัน โดยผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตพบว่า มีจำนวนมากขึ้นและมีข้อมูลยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อินเทอร์เน็ตและความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ของประเทศอิสราเอล ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพที่ดีจะมีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทุกช่องทาง รวมถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และใช้เทคนิคการสืบค้นที่มากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพที่ต่ำ²⁷ ซึ่งเมื่อบุคคลเข้าถึงแหล่งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตหรือออนไลน์ ซึ่งมีข้อมูลด้านสุขภาพที่หลากหลาย บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถทำความเข้าใจวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อมูล และสามารถนำมาเปรียบเทียบกับปฏิบัติของตนเอง จนทำให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติของตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ ทั้งการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งเสถียรภาพด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานยา การรับประทาน

อาหารและการจัดการด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการรับรู้อาการโดยการติดตามอาการผิดปกติ และการจัดการอาการตลอดจนการจัดการในการดูแลตนเอง ให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับยา การปรับการดื่มน้ำและการตรวจปัสสาวะเมื่อมีอาการบวม การบริหารด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มีความเหมาะสม และต่อเนื่อง เป็นต้น ในภาพรวม ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ^{27,28} ซึ่งใช้เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าอิทธิพล 0.30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดปานกลางในภาพรวมตามหลักการของ Cohen โดยไม่ได้อ้างอิงค่าอิทธิพลที่คำนวณได้อย่างเฉพาะเจาะจงจากการศึกษาที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านวินิจฉัยแผน ตลอดจนการดูแลตนเองทั้งในด้านการบำรุงรักษาตนเอง ด้านการรับรู้อาการและด้านการจัดการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้มีส่วนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้งขอขอบคุณมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่สนับสนุนทุนผู้ช่วยสอนและทุนผู้ช่วยวิจัยแก่ผู้วิจัยในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ปีการศึกษา 2564

References

1. Díez-Villanueva P, Jiménez-Méndez C, Alfonso F. Heart failure in the elderly. J Geriatr Cardiol. 2021;13(2):115. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2021.03.009> PMID: 33907552
2. Emmons-Bell S, Johnson C, Roth G. Prevalence, incidence and survival of heart failure: a systematic review. Heart. 2022;108(17):1351-1360. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2021-320131> PMID: 35042750
3. Danielsen AK, Park J, Jansen JE, Bock D, Skullman S, Wedin A, et al. Early closure of a temporary ileostomy in patients with rectal cancer: A multicenter randomized controlled trial. Ann Surg. 2017;265(2):284-90. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001829> PMID: 27322187
4. Bytçi I, Bajraktari G. Mortality in heart failure patients. Anatol J Cardiol. 2015;15(1):63-68. <https://doi.org/10.5152/akd.2014.5731> PMID: 25550250
5. The Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M. The King. Medical practice guidelines for the diagnosis and care of patients with heart failure 2019 (1st edition). Samut Prakan: NeckStep Design Limited Partnership; 2019. (in Thai)
6. Damnong N, Phowang P. Factors predicting nutrition status of heart failure patients. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(2): 67-80. (in Thai)

7. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021; 42(36):3599–726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368> PMID: 34447992
8. Jonkman NH, Westland H, Groenwold RH, Ågren S, Atienza F, Blue L, et al. Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Circulation*. 2016;133(12):1189–98. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018006> PMID: 26873943
9. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(3):226–35. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244> PMID: 25774844
10. Chen AM, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health literacy and self-care of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(6): 446–51. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182032349>
11. Bareello S, Triberti S, Graffigna G, Libreri C, Serino S, Hibbard J, et al. eHealth for patient engagement: a systematic review. *Front Psychol*. 2016;6:2013. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02013> PMID: 26779108
12. Seckin G, Hughes S. Patient-Reported Outcomes in a Nationally Representative Sample of Older Internet Users: Cross-sectional Survey. *JMIR Aging*. 2021; 4(4):e16006. <https://doi.org/10.2196/16006> PMID: 34822340
13. Paige SR, Stellefson M, Krieger JL, Anderson-Lewis C, Cheong J, Stopka C. Proposing a transactional model of eHealth literacy: concept analysis. *J Med Internet Res*. 2018;20(10):e10175. <https://doi.org/10.2196/10175> PMID: 30279155
14. Chuang HW, Kao CW, Lin WS, Chang YC. Factors affecting self-care maintenance and management in patients with heart failure: testing a path model. *J Cardiovasc Nurs*. 2019;34(4):297–305. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000564>
15. Promwong W, Meenongwath J, Ginggeaw S, Charoensri R. Knowledge and self-care behavior among patients with heart failure in the 50th anniversary Mahavajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani Province. *J Health Nurs Res*. 2022;38(1):172–185. (in Thai)
16. Aslani N, Garavand A, Lazem M, Davoodi F, Asadi H, Afsharifard P. Assessing the e-health literacy level and its predictors in heart patients: A case study in a heart hospital center in Iran. *J Educ Health Promot*. 2024;12: 436. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_436_23.
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Damrongratnuwong W, Masingboon K. Self-care measures. Bangkok: Self-Care Measures; 2019. (in Thai)
19. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(6):485–97. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0> PMID: 19786884
20. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol*. 1970;1(3):185–216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
21. Kespichayawattana J, Wivatvanit S, Wanwacha C. Health literacy of older persons participation in senior clubs and learning centers in the Bangkok metropolitan region. *Journal of Demography*. 2020;36(2):40–57. (in Thai)

22. Lin CY, Ganji M, Griffiths MD, Bravell ME, Broström A, Pakpour AH. Mediated effects of insomnia, psychological distress and medication adherence in the association of eHealth literacy and cardiac events among Iranian older patients with heart failure: a longitudinal study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(2):155–164. <https://doi.org/10.1177/1474515119873648> PMID: 31516036
23. Niriayo YL, Yemane B, Asgedom SW, Teklay G, Gidey K. Prevalence and predictors of poor self-care behaviors in patients with chronic heart failure. *Sci Rep.* 2024;14(1):1984. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-52611-5> PMID: 38263418
24. Pimpasan P, Wirojratana V, Jitramontree N. Factors related to self-care behaviors in older adults with heart failure. *Thai Journal of Nursing Council.* 2018;33(1): 103–115. (in Thai)
25. Uchmanowicz I, Nessler J, Gobbens R, Gackowski A, Kurpas D, Straburzynska-Migaj E, Kałuzna-Oleksy M. Coexisting frailty with heart failure. *Front Physiol.* 2019;10:791. <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00791> PMID: 31333480
26. Vellone E, Fida R, Ghezzi V, D'Agostino F, Biagioli V, Paturzo M, et al. Patterns of self-care in adults with heart failure and their associations with sociodemographic and clinical characteristics, quality of life, and hospitalizations: A cluster analysis. *J Cardiovasc Nurs.* 2017;32(2):180–9. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000325> PMID: 26938506
27. Neter E, Brainin E. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *J Med Internet Res.* 2012;14(1):e19. <https://doi.org/10.2196/jmir.1619> PMID: 22357448
28. Xie L, Zhang S, Xin M, Zhu M, Lu W, Mo PK. Electronic health literacy and health-related outcomes among older adults: A systematic review. *Prev Med.* 2022; 157:106997. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.106997> PMID: 35189203

The Association between Ruminative Thoughts and Mindfulness among Patients with Major Depressive Disorder: A Cross-sectional Study¹

Kedsaraporn Kenbubpha Ph.D. (Nursing)²

Rungmanee Yingyeun M.Sc.(Community Medicine)³

Plubplung Hasook B.N.S⁴

Extended Abstract

Introduction Addressing depression requires a comprehensive approach. Investigating the relationship between ruminative thought and mindfulness in patients with major depressive disorder is crucial.

Objective This study aimed to investigate the correlation between ruminative thoughts and mindfulness in patients with major depressive disorder in the community.

Design A cross-sectional study

Methodology Participants included 75 patients diagnosed with major depressive disorder in the maintenance phase of antidepressant therapy, purposively selected from a psychiatric hospital and community hospitals in a northeastern province of Thailand. Data were collected using questionnaires consisting of demographic and clinical characteristics, as well as assessments using Beck's Depression Inventory, Ruminative Response Scale, and Philadelphia Mindfulness Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Results The majority of participants were female, with an average age of 51.08 years (SD = 15.46). Depressive symptoms over the past two weeks were classified as minimal (33.3%), mild-moderate (25.3%), moderately severe (28.0%), and severe (13.3%). The results indicated a significant positive correlation between depression severity and overall ruminative thought and its dimensions ($r = .562$, $p < .001$). Additionally, there were significant positive correlations between depression severity and overall and all dimensions of ruminative thoughts (brooding, reflection, and depression-related items) ($r = .441, .483, .592$, $p < .001$, respectively). Furthermore, a significant negative correlation was found between ruminative thoughts and mindfulness ($r = -.292$, $p = .012$). However, no correlation was found between depression and mindfulness.

Recommendation Patients with major depressive disorder undergoing antidepressant treatment typically have high ruminative thoughts. The results of this study provide basic information for predictive research that could lead to the development of community-based therapeutic programs for patients with depression, aimed at reducing ruminative thoughts and depression, resulting in preventing recurrent depression.

Keywords ruminative thoughts/ mindfulness/ depression/ patients with major depressive disorder

Received 19 April 2024, Revised 28 June 2024, Accepted 28 June 2024

¹This study was funded by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

²Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

³Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand E-mail: rungmanee@bcnsp.ac.th

⁴Registered Nurse, Prasrimahabodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

ความสัมพันธ์ระหว่างความหมกมุ่นครุ่นคิดและการมีสติ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยในชุมชน: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง¹

เกษราภรณ์ เคนบุปผา ปร.ด.(การพยาบาล)²

รุ่งมณี ยิ่งยืน วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน)³

พลับพลึง หาสุข พย.บ.⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าต้องใชการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความหมกมุ่นครุ่นคิดและการมีสติในผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหมกมุ่นครุ่นคิดและการมีสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยในชุมชน

การออกแบบการวิจัย การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า มีอาการอยู่ในระยะคงที่ และกำลังรับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าจำนวน 75 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก รวมทั้งการประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค การประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด และประเมินการมีสติของฟิลาเดลเฟีย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 51.08 ปี (SD = 15.46) ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 33.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.3 ระดับมาก ร้อยละ 28.0 และระดับรุนแรง ร้อยละ 13.3 นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) กับความหมกมุ่นครุ่นคิดโดยรวมและรายด้าน (การครุ่นคิดวิตกกังวล การสะท้อนความคิด และองค์ประกอบภาวะซึมเศร้า) ($r = .562, .441, .483, .592$ ตามลำดับ) และพบว่าความสัมพันธ์ทางลบของความหมกมุ่นครุ่นคิดกับการมีสติ ($r = -.292, p = .012$) อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของภาวะซึมเศร้ากับระดับการมีสติ

ข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าและกำลังรับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้ามักมีแนวโน้มที่จะมีความหมกมุ่นครุ่นคิดสูง ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเชิงทำนายซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมบำบัดในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อลดความหมกมุ่นครุ่นคิดและอาการซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคซึมเศร้า

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 373-385

คำสำคัญ ความหมกมุ่นครุ่นคิด การมีสติ ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันที่ได้รับ 19 เม.ย. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 มิ.ย 67 วันที่รับตีพิมพ์ 28 มิ.ย. 67

¹ ได้รับทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

² อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: rungmanee@bcnsp.ac.th

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

Introduction

Depression is a prevalent mental health disorder that affects over 264 million people worldwide.¹ The COVID-19 pandemic has exacerbated the prevalence of depression, with rates ranging from 7.45% to 48.30%.² This is markedly seven times higher than the global estimate of 3.44% in 2017.² Major Depressive Disorder (MDD) is characterized by various behavioral, emotional, and cognitive symptoms, including psychomotor agitation or retardation, insomnia or hypersomnia, changes in appetite, fatigue, feelings of guilt and worthlessness, and thoughts of suicide.³

Depression is different from a normal mood disorder. It is a serious condition marked by recurring episodes that range from moderate to severe, leading to significant suffering and major disruptions in daily life.⁴ Additionally, distinctive symptoms include ruminative thoughts, where people repetitively consider and review autobiographical information with a negative focus related to past and present issues, as well as attentional difficulties characterized by an inability to maintain focus, concentration, or sustained attention.^{3,5} These symptoms reflect cognitive deficits, leading to increased disability and a decreased quality of life.^{6,7} As a result, it has become a substantial public health concern.⁸

Ruminative thoughts, recognized as a common cognitive symptom in people with depression, involve the repetitive and distressing contemplation of negative aspects of personal experiences.⁹ This cognitive style is deemed maladaptive, particularly within the context of depression.¹⁰ People with depression often engage

in ruminative thoughts, focusing on past experiences with negative content in an attempt to find solutions and prevent future errors.¹⁰ The challenge of ruminative thoughts lies in their capacity to intensify negative emotions and impede effective problem-solving and adaptive behaviors.^{11,12} Many studies indicate a link between major depressive disorder (MDD) and deficits in cognitive control processes, particularly those involved in regulating conflict.^{13,14} Cognitive control includes the ability to flexibly manage behavior and thoughts towards goals, while resisting distractions.¹⁵ Recent studies indicate that excessive ruminative thoughts in patients with MDD are linked to a decline in cognitive control.¹⁶ These control processes play a crucial role in healthy cognition, including delayed gratification, impulse control, self-reflection, and managing intrusive negative thought patterns. Neuroimaging research, both structural and functional, suggests that the brain's prefrontal and anterior cingulate regions play a role in cognitive control.¹⁷ Despite this, the temporal aspects of conflict monitoring and cognitive control, particularly in the context of ruminative thoughts, are not yet fully described.

Kabat-Zinn describes mindfulness as awareness that emerges from attention to the present moment without judgment.¹⁸ Recognized as an adaptive skill, mindfulness fosters a non-judgmental awareness of the current moment.¹⁹ It creates cognitive space, supporting in effective problem-solving and serving as a preventive measure against depression.¹⁹ Previous research has demonstrated that mindfulness functions as a protective factor against depression and lowers the risk of

*The Association between Ruminative Thoughts and Mindfulness among Patients with Major Depressive Disorder:
A Cross-sectional Study*

depressive relapse.¹⁹⁻²¹ Additionally, it promotes both physical and psychological well-being, enhancing insight, attention, and acceptance,²² leading to an increased sense of peace and happiness in people experiencing depression.²²

Ruminative thoughts and mindfulness play crucial roles in understanding and addressing depression. The connection between depression, ruminative thoughts, and mindfulness is well-supported by research, and numerous studies have indeed indicated that people with depression often exhibit high levels of ruminative thoughts and lower levels of mindfulness.^{10,23,24} The relationship between mindfulness, ruminative thoughts, and depressive relapse is multifaceted and involves various psychological and neurobiological mechanisms.²³ Although it is well-established that greater mindfulness correlates with reduced ruminative thoughts and a decreased risk of depressive relapse, the precise mechanisms and pathways involved remain subjects of ongoing research.²³

While research on the relationship between ruminative thoughts and mindfulness among patients with major depression is growing, there is still a need for more studies^{10,23,24}, particularly in specific cultural contexts such as Asian populations. The cultural background shapes how mental health conditions are viewed and expressed.²⁵ For instance, in many non-Western cultures, mental illness may be understood through spiritual or religious lenses rather than medical ones.²⁵ This can lead to different expressions of symptoms and varying attitudes towards seeking help.²⁵ For example, some cultures

may emphasize community or familial involvement in mental health issues, whereas Western approaches often focus on individual pathology.²⁵

Therefore, this cross-sectional study design was employed to assess the relationship between rumination and mindfulness in patients with major depressive disorder living in Thailand. Through comparative analysis with studies conducted in various other countries, the goal is to offer a holistic comprehension of the interplay between rumination and mindfulness in depressed patients within the unique cultural context of Thailand. The valuable insights derived from this research can potentially contribute to the design of targeted psychotherapy programs aimed at mitigating rumination and fostering mindfulness among patients with depression, extending to the maintenance phase of antidepressant treatment.

Objective

To examine the relationship between ruminative thoughts and depression among community – dwelling adults and older adults with major depressive disorder

Hypothesis

There is a significant negative association between ruminative thoughts and mindfulness among patients with major depressive disorder in the community.

Conceptual Framework

The conceptual framework describes that mindfulness directly affects ruminative thoughts,

and indirectly affects depression via ruminative thoughts²⁶ (Figure 1). These linkages will later provide clear evidence for the mechanisms through

which mindfulness-based interventions reduce depression, emphasizing the crucial role of ruminative thinking as a key component of the treatment strategy.²⁷

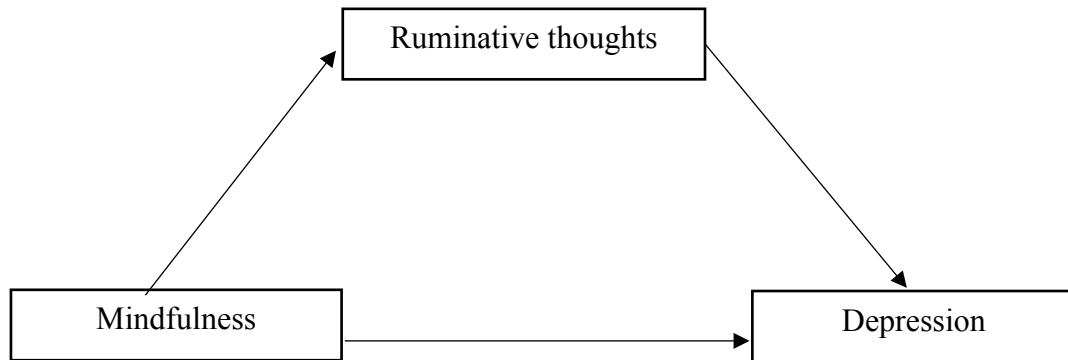


Figure 1 Conceptual Framework

Methods

This study employed a descriptive correlational design.

Sample and setting

Through purposive sampling, the participants were 75 community-dwelling adults with major depressive disorder, diagnosed by psychiatrists at Prasimahabhodi Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani province, who were in the maintenance phase of their medication regimen. The inclusion criteria included 1) aged 18 years and older, 2) a history of being diagnosed with major depressive disorders according to the diagnostic criteria in the DSM-V, 3) having normal and mild depressive symptoms using the 9-question assessment, and 4) voluntary participation. The exclusion criteria included: 1) comorbidities such as dementia, Alzheimer's disease, psychosis, or substance abuse related to alcohol and/or drugs, and 2) a high risk of suicide.

The sample size was determined using the Epi Info 7 program, with an expected frequency of 50%, an acceptable error of 10%, and a confidence level of 95%. The minimum required sample size was 64. Finally, 75 patients were recruited to account for potential dropouts and strengthen the study results.²⁸

Instruments

1. The demographic and clinical characteristics of patients with major depressive disorder developed by the researchers included gender, age, marital status, education level, occupation, monthly income, participants' history of depression, and the severity of depressive symptoms.

2. The Beck Depression Inventory-IA (BDI-IA) developed by Beck, and Steer,²⁹ was a self-report rating inventory comprising 21 items designed to assess attitudes and symptoms of depression. The Thai version of the BDI-IA, translated and validated by Sriyong,³⁰ demonstrated robust psychometric properties,

revealing a content validity of .84 and a reliability with Cronbach's Alpha coefficient of .92. The inventory employs a 4-point Likert scale (0-3), with total scores ranging from 0 to 63. The interpretation was categorized into five levels: normal (0-9), minimal depression (10-15), mild-moderate depression (16-19), moderate-severe depression (20-29), and severe depression (30-63).

3. The Ruminative Response Scale (RRS), originally developed in English by Nolen-Hoeksema and Morrow,³¹ underwent translation into Thai by Thanoi.³² Comprising 22 items, the RRS aimed to assess ruminative tendencies. The scale was divided into three dimensions: brooding, reflection, and depression. On a 4-point Likert scale (1-4), higher RRS scores indicate elevated rumination levels. The Thai version of the RRS demonstrated robust psychometric properties, evidenced by a content validity index (CVI) of .95 and strong internal consistency ($\alpha=.90$) with positive correlations with emotional distress ($r=.74, p<.01$) and suicidal behaviors ($r=.46, p<.01$).

4. The Philadelphia Mindfulness Scale (PMS) was originally developed and validated in English by Cardaciotto, Herbert,³³ underwent translation and was evaluated in the Thai version by Silpakit, Wisajun.³⁴ Comprising 20 items, the PMS aimed to assess mindfulness and was further categorized into two subscales: awareness and acceptance. With a 5-point Likert scale (1 = never, 2 = rarely, 3 = sometimes, 4 = often, 5 = very often) and a total score ranging from 20 to 100, higher scores on the PMS indicated heightened levels of mindfulness.

The Thai version of the PMS demonstrated excellent psychometric properties, with strong test-retest reliability (awareness $\alpha=.88$, acceptance $\alpha=.89$) and a factor structure accounting for 49% of the variance.

Ethical consideration

This study followed the ethical guidelines of the Declaration of Helsinki and received approval from the Research Ethics Committee of Prasrimahabodi Psychiatric Hospital (Approval no. COA. 003/2563). It was part of the main project on mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders. Written consent was obtained after explaining the study's objectives and procedures. Participants were assured of confidentiality and could withdraw at any time. Data were stored securely and anonymously, with a unique identifier for each participant. After five years, data will be permanently deleted.

Data Collection

Data from 75 patients with major depressive disorders were gathered during the period from June 1st to August 31st, 2020, from Prasrimahabodi Psychiatric Hospital and General Hospitals in Ubon Ratchathani Province. The research team was responsible for selecting the participants. Research assistants, who were trained by the research team, collected data from participants at the Health Promoting Hospitals near their homes. Each participant was instructed to complete the four questionnaires within 15-20 minutes, adhering to standardized instructions. The researchers and research assistants thoroughly collected and reviewed the questionnaires, addressing any difficulties encountered by the participants.

Data Analysis

Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were employed to analyze the data. To explore the association between ruminative thoughts and mindfulness among the participants, Pearson's product-moment correlation coefficient was utilized. Statistical significance was set at a p-value of .05. Testing the assumption revealed that the data were normally distributed.

Results

Most participants were female, with an average age of 51.08 years (SD = 15.46). More than half were married (57.3%) and worked in agriculture or farming (74.7%). Around 52.0% had never been admitted to a psychiatric hospital. Depressive symptoms in the past two weeks were reported as minimal (33.3%), mild (25.3%), moderate (28.0%), and severe (13.3%), as presented in Table 1.

Table 1 Demographic and clinical characteristics of the participants (n=75)

Variables	n (%)
Gender	
Male	13(17.3)
Female	62(82.7)
Age range in years (M, SD)	18–79 (51.08, 15.46)
Marital status	
Single	17(22.7)
Married	43(57.3)
Windowed	7(9.3)
Divorced/ Separated	8(10.7)
Education level	
Primary school	42(56.0)
Junior high school/ High school	20(26.6)
Vocational certificate/ high vocational certificate	6(8.0)
Bachelor's degree	6(8.0)
Other	1(1.3)
Occupation	
Business owner/Government officer	12(16.0)
Employee/ Farmer	56(74.7)
Unemployed	21(28.0)
Income (baht)	
Less than 5,000	50(66.7)
5,000–10,000	7(9.3)
10,001–15,000	6(8.0)
More than 15,000	6(8.0)
None	6(8.0)
Admission/Admission experience or history of Major Depressive Disorders	
Yes	36(48.0)
No	39(52.0)
Severity of depression	
Minimal	25(33.3)
Mild-moderate	19(25.3)
Moderate-severe	21(28.0)
Severe	10(13.3)

*The Association between Ruminative Thoughts and Mindfulness among Patients with Major Depressive Disorder:
A Cross-sectional Study*

The correlational analysis showed a positive correlation between depression and overall ruminative thoughts ($r = .562, p < .001$). Additionally, there were positive correlations between depression and dimensions of ruminative thoughts including

brooding ($r = .441, p < .001$), reflection ($r = .483, p < .001$), and depression-related items ($r = .592, p < .001$). However, no correlation was found between depression and mindfulness (Table 2).

Table 2 Correlations between ruminative thoughts, mindfulness, and depression in the participants ($n=75$)

Variables	Depression	
	r	p-value
Overall ruminative thoughts	.562	<.001
Brooding	.441	<.001
Reflection	.483	<.001
Depression	.592	<.001
Overall mindfulness	-.172	.157
Awareness	.041	.737
Acceptance	-.152	.202

r, Pearson correlation coefficient

Overall ruminative thoughts exhibited a significant negative association with mindfulness ($r = -.292, p = .012$). The dimensions of ruminative thoughts, including reflection ($r = -.241, p = .036$) and depression-related items

($r = -.313, p = .007$), demonstrated negative correlations with mindfulness. However, no significant relationship was observed between the brooding and mindfulness, as shown in Table 3.

Table 3 Correlations between ruminative thoughts and mindfulness in the participants ($n=75$)

Ruminative thoughts	Mindfulness	
	r	p-value
Overall	-.292	.012
Brooding	-.221	.064
Reflection	-.241	.036
Depression	-.313	.007

r, Pearson correlation coefficient

Discussion

This study revealed positive correlations between depression and dimensions of ruminative thoughts, including brooding, reflection, and depression-related items. This indicates that increased depression is associated with increased ruminative thoughts. The participants with increased depression tended to engage more in brooding and reflective rumination,

as well as depression-related thoughts. These findings emphasize the interconnectedness between depressive symptoms and ruminative thoughts process, highlighting the importance of ruminative thoughts toward reducing depression. These findings align with prior research,¹⁰ emphasizing ruminative thoughts as a substantial psychosocial factor influencing depressive symptoms.^{10,35} The response styles theory further supports the notion

that ruminative thoughts are a prevalent form of negative cognition in patients with depression.¹⁰

Patients with major depressive disorders are prone to persistent negative and self-defeating thoughts fueled by the repetitive and intrusive focus on negative experiences and emotions.^{12,36} Ruminative thoughts play a central role in depressive symptoms, affecting not only new and longstanding patients with depression but also those in the maintenance phase of antidepressant treatment.^{12,36} It influences residual depressive symptoms and predicts the relapse or recurrence of depressive disorders.³⁷ Patients with major depressive disorders often engage in ruminative thoughts about stressful life events, seeking resolutions or attempting to prevent negative outcomes based on past experiences.¹⁰

These findings are consistent with a previous study conducted in Thailand, which observed that Buddhist counseling influenced ruminative thoughts and mindfulness among patients with major depressive disorders.³⁸ Participants who participated in mindfulness programs were less likely to have ruminative thoughts. Consequently, promoting mindfulness and awareness among patients with depression may contribute to a reduction in ruminative thoughts.

Previous research has indicated that mindfulness meditation can be beneficial for patients with major depressive disorders who engage in ruminative thoughts, facilitating improvements in self-awareness, present-moment attention, and self-regulation.¹⁹⁻²² The data supporting the relationship between these

variables primarily emphasizes correlation, without clearly describing the explicit mechanism of the linkage. Mindfulness meditation is associated with enhanced physical and mental well-being, and people with depression have reported experiencing peacefulness and happiness following mindfulness practice.²² Moreover, mindfulness-based interventions have demonstrated effectiveness in reducing risk factors and preventing depressive relapse.²¹

However, the present study did not identify a significant correlation between mindfulness and depression in the participants. It is crucial to consider cultural and contextual influences on mindfulness, as the structure of mindfulness instruments plays a pivotal role in accurately measuring and accessing various constructs across different cultures.³⁸ There are approximately ten types of mindfulness scales available.³⁹ The Philadelphia Mindfulness Scale (PMS), originally developed and tested in English by Cardaciotto, Herbert³³, was translated and evaluated in Thai version.³⁴ This suggests that mindfulness in Thais may be influenced by cultural and contextual factors that differ from those in other countries. Future studies in Thailand should consider employing various mindfulness scales to gain a more comprehensive understanding.

Overall ruminative thoughts and their specific dimensions, such as reflection and depression-related items, showed a statistically significant negative relationship with overall mindfulness. These results align with a previous study,⁴⁰ which found that increased levels of mindfulness were linked to reduced ruminative

*The Association between Ruminative Thoughts and Mindfulness among Patients with Major Depressive Disorder:
A Cross-sectional Study*

thoughts, leading to enhanced mindful living and more effective stress response, as well as a study explored the relationship between ruminative thoughts and mindfulness in 150 depressed patients in a psychiatric hospital.¹⁰ The study unveiled that patients with severe depressive symptoms were more likely to exhibit higher ruminative thoughts but lower levels of mindfulness.¹⁰ This suggests an inverse relationship between rumination and mindfulness.

Previous studies conducted in Thailand also reported that mindfulness meditation contributes to a reduction in ruminative thoughts.⁴¹ Thai depressed patients engaging in mindfulness self-compassion programs experienced a decline in rumination levels.³⁹ These findings collectively support the idea that mindfulness practices may play a role in mitigating ruminative thoughts among patients with depression.

Limitations

This study utilized a cross-sectional design, which entails specific limitations. Evaluating ruminative thoughts and mindfulness at a single time point introduces the potential for transient psychological factors to have influenced participants' thoughts and emotions during the data collection process. Additionally, the study setting was limited in a single province, thereby restricting generalizability of the findings.

Recommendation

This study provides an evidence supporting the link between ruminative thoughts and depression in patients with depressive disorders. It highlights

the importance of identifying ruminative thoughts as a predictor of relapse or recurrence in depression. Future research should aim at predictive studies that can inform the development of programs designed to reduce ruminative thoughts and enhance mindfulness.

Acknowledgment

This study was funded by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. It was part of a main research project on developing and assessing the effects of a program and curriculum in mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders.

References

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet* (London, England). 2018;392(10159):1789–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7) PMID: 30496104
2. Bueno-Notivol J, Gracia-García P, Olaya B, Lasheras I, López-Antón R, Santabábara J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *Int J Clin Health Psychol*. 2021;21(1):100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007> PMID: 32904715
3. American Psychiatric Association. DSM-5 Overview: The Future Manual. [Last accessed on 2018, Jul 21]. Available from: <https://www.psychiatry.org/dsm5>

4. World Health Organization. Depression. [Last accessed on 2020, July 28]. Available from: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
5. Singh MK, Gotlib IH. The neuroscience of depression: Implications for assessment and intervention. *Behav Res Ther.* 2014;62:60–73. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.03.001> PMID: 25239242
6. LeMoult J, Gotlib IH. Depression: A cognitive perspective. *Clin Psychol Rev.* 2019;69:51–66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008> PMID: 29961601
7. Hammar Å, Ronold EH, Rekkedal GÅ. Cognitive impairment and neurocognitive profiles in major depression—A clinical perspective. *Front Psychiatry.* 2022;13: 764374. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.764374> PMID: 35345877
8. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the global burden of disease study. *J Psychiatr Res.* 2020;126:134–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002> PMID: 31439359
9. Odou N, Brinker J. Self-compassion, a better alternative to rumination than distraction as a response to negative mood. *J Posit Psychol.* 2015;10(5):447–57. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.967800>
10. Mahmoud AS, El-said SG, Abd El-Hay NH. Ruminative thinking and mindfulness among patients with depression. *International Journal of Psychiatric and Mental Health.* 2020;V1(3):1–9
11. Kim H, Newman MG. Worry and rumination enhance a positive emotional contrast based on the framework of the Contrast Avoidance Model. *J Anxiety Disord.* 2023;94:102671. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102671> PMID: 36681058
12. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci.* 2008;3(5):400–24.
13. Vanderhasselt MA, De Raedt R, Dillon DG, Dutra SJ, Brooks N, Pizzagalli DA. Decreased cognitive control in response to negative information in patients with remitted depression: An event-related potential study. *J Psychiatry Neurosci.* 2012;37(4):250–8. <https://doi.org/10.1503/jpn.110089> PMID: 22433449
14. Clawson A, Clayson PE, Larson MJ. Cognitive control adjustments and conflict adaptation in major depressive disorder. *Psychophysiology.* 2013; 50(8):711–21.
15. Beam E, Appelbaum LG, Jack J, Moody J, Huettel SA. Mapping the semantic structure of cognitive neuroscience. *J Cogn Neurosci.* 2014;26(9):1949–65. https://doi.org/10.1162/jocn_a_00604 PMID: 24666126.
16. Whitmer AJ, Gotlib IH. An attentional scope model of rumination. *Psychol Bull.* 2013;139(5):1036–61. <https://doi.org/10.1037/a0030923> PMID: 23244316
17. Wagner G, Sinsel E, Sobanski T, Köhler S, Marinou V, Mentzel HJ, et al. Cortical inefficiency in patients with unipolar depression: An event-related fmri study with the stroop task. *Biol Psychiatry.* 2006;59(10): 958–65. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.10.025> PMID: 16458263
18. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin. Psychol.: Sci. Pract.* 2003;10(2):144–56.
19. Lopez GC. Do mindfulness, rumination or social problem-solving factors predict distress? United States: Rowan University; 2015.

*The Association between Ruminative Thoughts and Mindfulness among Patients with Major Depressive Disorder:
A Cross-sectional Study*

20. Foroughi A, Sadeghi K, Parvizifard A, Parsa Moghadam A, Davarinejad O, Farnia V, et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. *Trends Psychiatry Psychother.* 2020;42: 138-46. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0016> PMID: 32696895
21. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJ, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol.* 2014;82(2):275-86. <https://doi.org/10.1037/a0035036> PMID: 24294837
22. Royuela-Colomer E, Calvete E. Mindfulness facets and depression in adolescents: Rumination as a mediator. *Mindfulness.* 2016;7(5):1092-102.
23. Kearns NP, Shawyer F, Brooker JE, Graham AL, Enticott JC, Martin PR, et al. Does rumination mediate the relationship between mindfulness and depressive relapse? *Psychol Psychother.* 2016;89(1):33-49. <https://doi.org/10.1111/papt.12064> PMID: 26119013
24. Raes F, Williams JMG. The relationship between mindfulness and uncontrollability of ruminative thinking. *Mindfulness.* 2010;1(4):199-203.
25. Gopalkrishnan N. Cultural diversity and mental health: Considerations for policy and practice. *Front Public Health.* 2018;6:179. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179> PMID: 29971226
26. Heissel A, Pietrek A, Kangas M, Van der Kaap-Deeder J, Rapp MA. The mediating role of rumination in the relation between basic psychological need frustration and depressive symptoms. *J Clin Med.* 2023;12(2): 395. <https://doi.org/10.3390/jcm12020395> PMID: 36675329
27. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). The Guilford Press; 2013.
28. Thompson, R., & Green, D. (2019). *Ensuring Robust Study Results through Adequate Sample Sizes.* *Research Methods Quarterly.* 2019;58(1), 98-107.
29. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review.* 1988; 8(1):77-100.
30. Sriyong M. Beck depression inventory ia, bdi-ia. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 1979.
31. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 loma prieta earthquake. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(1):115-21.
32. Thanoi W, Panitrat R, Phanchaoenworakul K, Thompson EA, Nityasuddhi D. The adolescent ruminative response scale (Thai version): Psychometric properties. *J Nurs Sci.* 2001;29(3):19-38.
33. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The philadelphia mindfulness scale. *Assessment.* 2008;15(2):204-23.
34. Silpakit C, Wisajun P, Silpakit O. The validity of philadelphia mindfulness scale Thai version. *J Ment Health Thai.* 2001;19(3):140-7.
35. Brosschot JF, Gerin W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *J Psychosom Res.* 2006;60(2):113-24. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.074> PMID: 16439263
36. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull.* 2008;134(2): 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163> PMID: 18298268

37. Goldney R. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2004;38(8):655-6.
38. Rungreangkulkij S, Thongyot S, Kotnara I, Wannatong K. Efficacy of Buddhist counseling on decrease depressive symptoms of patients with depressive disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2014;59(4): 381-93.
39. Gherardi-Donato EdS, Moraes VSd, Esper LH, Zanetti ACG, Fernandes MNdF. Mindfulness measurement instruments: A systematic review. *Int J Psychiatr Res.* 2020;3(4):1-12.
40. Watkins ER, Roberts H. Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behav Res Ther.* 2020;127:103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573> PMID: 32087393.
41. C-Maharsujchakuen J, Uthis P. The effect of mindful self-compassion training program on depression in persons with depressive disorder. *RTN Med J.* 2019;46(1):98-114.

ทุนเดิมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่เฝ้าต่อการศึกษาลัทธิ พยาบาลศาสตรบัณฑิต: กรณีศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

นัชพร ฤทธาปัญญา วทม.(สุขภาพจิต)¹
ปรีชัช ดาวอุดม ประ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์)²

บทคัดย่อขยาย

บทนำ นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ก่อนเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ล้วนมีทุนเดิมที่ติดตัวมาจากสภาวะชาติพันธุ์เดิมทั้งทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม ทุนวัฒนธรรมและทุนเชิงสัญลักษณ์ที่สามารถเอื้อประโยชน์ต่อการเป็นพยาบาลวิชาชีพตามคุณลักษณะที่พึงมีของพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาทุนเดิมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่เฝ้าต่อการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง

การออกแบบการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณาแนววิพากษ์

วิธีการดำเนินการวิจัย บริบทในการศึกษาคือ คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันอุดมศึกษาเอกชน ผู้ให้ข้อมูลคือ นักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พยาบาลวิชาชีพกลุ่มชาติพันธุ์ และอาจารย์พยาบาล โดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามแนวทางของ Lincoln และ Guba

ผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลเป็น 1) นักศึกษาลัทธิพยาบาลศาสตรบัณฑิตกลุ่มชาติพันธุ์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 ราย 2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มชาติพันธุ์ที่จบการศึกษาแล้วไม่เกิน 3 ปี จำนวน 10 ราย 3) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 5 ราย สามารถสรุปประเด็นของทุนเดิมที่เฝ้าต่อการศึกษาลัทธิพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้ 3 ประเด็นหลักคือ 1) ทุนที่ได้มาจากความเป็นชาติพันธุ์ในฐานะทุนที่ได้มาตั้งแต่เกิด 2) ทุนจากพื้นฐานทางจิตใจที่สร้างมาจากสภาวะชาติพันธุ์ และ 3) ทุนที่ถูกสร้างขึ้นมาจากพลวัตวัฒนธรรมด้านความเชื่อ

ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยเสนอแนะเกณฑ์การพิจารณาช่วยเหลือเรื่องทุนการศึกษาที่ครอบคลุมถึงสิทธิ สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยขณะศึกษาหรือฝึกปฏิบัติงาน การพัฒนาการใช้ภาษาในการสื่อสารและการเข้าใจความหมายของภาษาโดยเฉพาะศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ และการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ามาเรียนเรื่องการปรับตัวให้เข้ากับ ความแตกต่างด้านสังคมและวัฒนธรรม

คำสำคัญ ทุนเดิม หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์

วันที่ได้รับ 5 มี.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 ก.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 12 ก.ค. 67

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
E-mail: nutchaporn.rithapanya@g.swu.ac.th

² อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Exploring Original Capital Supporting Ethnic Nursing Students in a Bachelor of Nursing Science Program: A Case Study of a Private Higher Education Institution

Nutchaporn Ritthapanya M.Sc. (Mental Health)¹

Pharichai Daoudom Ph.D. (Development Education)²

Extended Abstract

Introduction Ethnic nursing students, before entering the Bachelor of Nursing Science program, have original capital from their ethnic field including economic capital, social capital, cultural capital, and symbolic capital, supporting into professional nurses according to the standards and desired qualities of the nursing profession.

Objectives To explore the original capital supporting ethnic nursing students in a Bachelor of Nursing Science program at a private higher education institution.

Design This study employed critical ethnographic qualitative research.

Methodology The study context was within the nursing faculty of a private higher education institution. Participants were ethnic nursing students enrolled in a Bachelor of Nursing Science Program, ethnic professional nurses, and nursing instructors, selected based on predetermined criteria. Data were collected through in-depth interviews using semi – structured interview questions. Data were analyzed using thematic analysis and were validated following the Lincoln and Guba framework.

Results The participants were 1) ten fourth-year ethnic students in the Bachelor of Nursing Science program, 2) ten ethnic professional nurses who graduated no more than three years, and 3) five nursing instructors with at least five years of experience teaching ethnic nursing students. Three main themes emerged as original capital supporting the Bachelor of Nursing Science program were: 1) Capital acquired through ethnicity as capital acquired from birth, 2) Capital acquired psychological basis from the ethnographic field, and 3) Capital from the dynamics of faith culture.

Recommendation The results suggest criteria for considering scholarship assistance that cover rights and benefits for medical expenses in case of illness during studies or practical training, development of language skills for communication and understanding, especially medical terminology, and preparation for adaptation to social and cultural differences before entering the program.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 386-405

Keywords original capital/ bachelor of nursing science program/ ethnic nursing students

Received 5 March 2024, Revised 5 July 2024, Accepted 12 July 2024

¹Corresponding author, Student, Doctor of Philosophy Program in Development Education, Graduate School, Srinakharinwirot University, Thailand E-mail: nutchaporn.ritthapanya@g.swu.ac.th

²Lecturer, Doctor of Philosophy Program in Development Education, Graduate School, Srinakharinwirot University, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิต มีจิตสำนึกร่วม และลักษณะร่วมทางวัฒนธรรมในแบบเดียวกัน¹ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง แถบจังหวัด ในตอนเหนือของประเทศไทย มีความหลากหลายทาง วัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตด้านสำเนียงของภาษา ที่ใช้ในการสื่อสาร การแต่งกาย รวมถึงความคิด ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถ่ายทอด สืบต่อกันมา คนส่วนใหญ่มักมองว่ากลุ่มชาติพันธุ์ เป็นกลุ่มคนที่ล้าหลัง ไม่ทันสมัย และขาดโอกาส ทางสังคมแม้กระทั่งสิทธิพื้นฐานในระบบบริการสาธารณะ ของประเทศ² เช่น การบริการสาธารณสุข การคมนาคม การติดต่อสื่อสารและการศึกษา เนื่องจากคนกลุ่มนี้ ถูกจัดให้เป็นกลุ่มคนชายขอบ หรือ “ชนกลุ่มน้อย” ของประเทศไทย

จากทิศทางการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญ ทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีตามแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา จวบจนปัจจุบันที่มุ่งในการพลิกโฉมประเทศไทยสู่สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน นำไปสู่การเปลี่ยนผ่านเศรษฐกิจและสังคม ด้านอุตสาหกรรมการแปรรูปการเกษตรให้มีมูลค่าเพิ่มขึ้น สร้างโอกาสทางสังคมสำหรับทุกคนให้มีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน³ เราสามารถพบเจอกลุ่มคนชาติพันธุ์ ในสังคมเมืองมากขึ้นทั้งในสถานที่ทำงาน สถานศึกษา ที่คนกลุ่มนี้เริ่มเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาที่ นำไปสู่ความทันสมัยและความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ สังคมในทุกพื้นที่ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์รุ่นใหม่เริ่ม แสวงหาสิทธิความเป็นพลเมือง สิทธิความเท่าเทียม ในสังคมด้านต่าง ๆ โดยการออกมาจากชุมชนเพื่อ ทำงานให้มีรายได้และคาดหวังชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี

ตามมาตรฐานที่รัฐได้สร้างขึ้น กลุ่มชาติพันธุ์จึงมี ความเปราะบางและมีความเสี่ยงต่อความมั่นคงทาง ด้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ดังนั้น พ่อ แม่ ผู้ปกครองของกลุ่มชาติพันธุ์รุ่นใหม่ หรือตัวของเขาเองเห็นคุณค่าและความสำคัญของการ ศึกษาจึงเริ่มแสวงหาโอกาสทางการศึกษา เพื่อใช้ ต่อ ยอดการสร้างอาชีพ สร้างรายได้ให้กับตนเองและ ครอบครัว การเลือกเรียนพยาบาลเป็นทางเลือกหนึ่ง ของกลุ่มชาติพันธุ์เพราะเป็นอาชีพที่มั่นคง สามารถ ดูแลคนในครอบครัว และชุมชนได้ เมื่อจบการศึกษา มีงานรองรับแน่นอน ไม่มีความเสี่ยงต่อการตกงาน หรือหางานทำไม่ได้ เนื่องจากเป็นวิชาชีพเฉพาะทางที่ ขาดแคลน และเป็นความต้องการของตลาดในระบบ บริการสาธารณสุขทั้งของรัฐบาลและเอกชน โดยดู จากระบบกลางของการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาใน สถาบันอุดมศึกษา หรือระบบทีแคส 67 (TCAS67) กลุ่มสาขาที่มีการสมัครมากที่สุด เมื่อแยกแต่ละสาขาวิชา คือ พยาบาลศาสตร์ ที่มีผู้สมัครถึง 103,741 ราย (รวมการสมัคร 4 รอบ)⁴ ทำให้เห็นได้ว่าแนวโน้มของ ความต้องการและความสนใจในวิชาชีพนี้สูงอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีความคิดที่จะศึกษาในสาขาวิชาการพยาบาล การเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษาของรัฐจึงไม่ใช่เรื่องง่าย สำหรับคนกลุ่มชาติพันธุ์เนื่องจากมีเกณฑ์การคัดเลือก คุณสมบัติสถานภาพความเป็นพลเมืองไทยและ คะแนนการศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ และมีการแข่งขัน ค่อนข้างสูง ซึ่งความรู้ความสามารถในการสอบคัดเลือก ของนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์มีความเป็นรองเมื่อเทียบกับ นักศึกษาทั่วไป^{5,6,7}

ดังนั้นสถาบันอุดมศึกษาเอกชนจึงเป็นทาง เลือกหนึ่ง ซึ่งนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ต้องประเมินถึง สิ่งที่มีตัวเองมี ไม่ว่าจะเป็นความรู้ คุณลักษณะเด่นใน ตัวเอง ความสามารถพิเศษ เครือข่าย หรือโอกาสที่มีอยู่

และใช้เป็นประโยชน์ได้ในการสมัครคัดเลือกเพื่อให้ได้เข้าศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งสิ่งที่กล่าวมานั้นในการศึกษาครั้งนี้จะเรียกว่า “ทุน” (capital) ตามแนวคิดของ Bourdieu^{8,9,10} ซึ่งมองเรื่องทุนว่าเป็นสิ่งที่ใช้สำหรับจัดจำแนกความแตกต่างของบุคคล แสดงถึงความไม่เท่าเทียมกันของสังคมในแต่ละบริบทสังคมที่ Bourdieu เรียกว่า “สนาม” (field) เพื่อให้เข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในพื้นที่สนามนั้น แต่ละสนามจะประกอบด้วยกฎระเบียบ (rule – regulation) การปฏิบัติ ข้อบังคับที่แตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรม (culture) และโครงสร้างของสนาม (structure) รวมถึงทุนภายในสนามที่จะเป็นตัวกำหนดตำแหน่ง (position) ของแต่ละบุคคลที่อยู่ภายในสนาม โดย “ทุน” ตามแนวคิดของ Bourdieu^{8,9,10} มีความหลากหลายสามารถส่งต่อ ถ่ายทอด สะสมหรือสร้างขึ้นใหม่ได้ในสนามนั้น ๆ ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่ง Bourdieu แบ่งทุนออกเป็น 4 ชนิดด้วยกันคือ 1) ทุนทางเศรษฐกิจ (economic capital) 2) ทุนทางสังคม (social capital) 3) ทุนเชิงสัญลักษณ์ (symbolic capital) และ 4) ทุนทางวัฒนธรรม (cultural capital)^{8,9,10}

การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาแนววิพากษ์ (critical ethnography) ซึ่งเป็นการศึกษากลุ่มคนหรือชุมชนที่นักวิจัยและกลุ่มคนที่ศึกษามีบทบาทร่วมกันในการประกอบสร้างจากการวิพากษ์ความจริงที่ได้โดยมีประเด็นเกี่ยวกับความไม่ยุติธรรมและการกดขี่ทางสังคม¹¹ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ต้องเผชิญในบริบทสังคมที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความไม่เท่าเทียมในสังคม

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าทุกคนล้วนมีทุนที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ที่ได้สร้างและสะสมมาอย่างต่อเนื่องผ่านสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สังคมในแต่ละช่วงวัยที่แต่ละบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

ปริมาณทุนที่แต่ละบุคคลมีในแต่ละด้านก็ไม่เท่ากัน แตกต่างกันไป ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละรายที่ได้รับคัดเลือกเข้ามาศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์สถาบันอุดมศึกษาเอกชนล้วนมีทุนในตัวเอง แต่ละด้านไม่เหมือนกันที่บุคคลภายนอกอาจไม่ทราบ หรือมองไม่เห็นถึงศักยภาพที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้สามารถเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้ตลอดหลักสูตรจนกระทั่งจบการศึกษา ไม่เพียงแค่นั้นทุนทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว ทุนทางสังคม ทุนเชิงสัญลักษณ์ที่เกื้อหนุนให้สามารถมีช่องทางในการเข้าศึกษา และแม้แต่ทุนทางวัฒนธรรมที่มีมาแต่เดิมก่อนเข้าศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจในการวิเคราะห์ทุนเดิมทั้ง 4 ด้านของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่เอื้อประโยชน์ต่อการเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์สถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีผลต่อนักศึกษากลุ่มนี้ให้สามารถที่จะมีพื้นที่แสดงความเป็นตัวตนของตนเอง และพร้อมที่จะก้าวสู่วิชาชีพพยาบาลได้อย่างภาคภูมิใจในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทุนเดิมของนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ที่เอื้อต่อการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาเรื่องทุนเดิมของนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ที่เอื้อต่อการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ใช้กรอบแนวคิดเรื่อง “ทุน” ของ Bourdieu ในการวิเคราะห์ให้เห็นถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลภายในสนามเดิมคือสนามความเป็นชาติพันธุ์ซึ่งขึ้นอยู่กับการครอบครองทุนในสนามทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทุนทางเศรษฐกิจ หมายถึงทรัพย์สินต่าง ๆ ที่มีและสามารถนำมาแปรเปลี่ยนเป็นเงินได้ เช่น เงิน ทองคำ ที่ดิน เครื่องประดับ หุ่น

กิจการที่ครอบครอง 2) ทุนทางสังคม หมายถึง เครือข่ายความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน มีส่วนในการช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน สมาชิกของกลุ่ม สมาคมต่าง ๆ 3) ทุนเชิงสัญลักษณ์ หมายถึง สิ่งที่แสดงหรือบ่งบอกถึงสถานภาพ สถานะของบุคคลในสนามยศถาบรรดาศักดิ์ หรืออาจเป็นสิ่งที่ได้มาจากทุนทางเศรษฐกิจที่นำไปสร้างประโยชน์ให้กับบุคคลอื่น เป็นการสร้างความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ หรือชื่อเสียงที่ตามมา และ 4) ทุนทางวัฒนธรรม หมายถึง สิ่งที่บุคคลนั้นได้รับการถ่ายทอดสืบทอดมาเป็นสิ่งที่ยอมรับในสนามนั้น ๆ เช่น ภาษาวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี รูปภาพ ผลงานศิลปะ ประติมากรรม หนังสือ วรรณกรรม วุฒิการศึกษา ความเชี่ยวชาญ หรือแม้กระทั่ง ลักษณะท่าทาง กิริยามารยาท ที่แสดงออกทางร่างกายและจิตใจที่ถูกอบรมสั่งสอน เลียนแบบ ปลุกฝังสะสมเป็นเวลานานจนก่อเป็นลักษณะภายในตัวของบุคคล^{8,9,10}

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้วิธีวิทยาแบบชาติพันธุ์วรรณาแนววิพากษ์ (critical ethnography methodology) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยการฝังตัวของผู้วิจัย ฝังสังเกตการดำเนินชีวิตหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่มคนที่ศึกษาอย่างใกล้ชิด และวิพากษ์ในประเด็นความแตกต่างทางสังคม ความไม่ยุติธรรมหรือการกดขี่ทางสังคม¹¹ ภายใต้กระบวนทัศน์วิพากษ์นิยม (critical paradigm) เพื่อเผยให้เห็นถึงทุนที่มีอยู่เดิมภายในสนามความเป็นชาติพันธุ์ของนักศึกษาลัทธิสตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กลุ่มชาติพันธุ์ก่อนที่จะมาศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยผู้วิจัยสะท้อนให้เห็น

โครงสร้างและวัฒนธรรมที่แตกต่าง และไม่เท่าเทียมกันของแต่ละสนามวัฒนธรรม^{12,13} จากมุมมองของคนในสนามวัฒนธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ในฐานะของอดีตนักศึกษายพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการสอนนักศึกษายพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ที่รับนักศึกษายพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์โดยตรงเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง โดยค้นหาผู้นำพาเข้าสู่สนาม คือนักศึกษายพยาบาลชาติพันธุ์ที่รู้จักผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนร่วมกัน จากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษายพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 4 ในรุ่นทั้งหมด 15 ราย แนะนำและบอกต่อ (snowball sampling) ไปสู่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ 1) นักศึกษาลัทธิสตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กลุ่มชาติพันธุ์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 ราย 2) พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มชาติพันธุ์ที่จบการศึกษาแล้วไม่เกิน 3 ปี จำนวน 10 ราย 3) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนนักศึกษายพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 5 ราย โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (theoretical samplings) ให้ตรงตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดที่ทำการศึกษา ซึ่งจำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูลเชิงทฤษฎีเป็นสำคัญตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้างตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษาจากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลจนได้ข้อมูลซ้ำ ๆ โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือกดังนี้ 1) นักศึกษายพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 และ

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีประสบการณ์ตรงในการใช้ทุนที่มีในสนามของคณะพยาบาลศาสตร์สามารถถ่ายทอดประสบการณ์การใช้ทุนต่าง ๆ และบอกได้ว่าทุนใดที่เอื้อต่อการเรียน เพื่อให้เห็นกระบวนการใช้ทุนเดิมตั้งแต่เริ่มเข้าสู่สนามวิชาชีพพยาบาลที่มีความเฉพาะและแตกต่างจากสนามชาติพันธุ์จนสามารถอยู่ในสนามได้และสามารถบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ได้²⁾ มีถิ่นกำเนิดที่มาจากชนชาติพันธุ์ทางภาคเหนือและภาคตะวันตกของประเทศไทย และเกณฑ์ในการคัดออกสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถจดจำ บอกเล่า หรืออธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งก่อนและหลังที่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์จะเข้าเรียนในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างและเครื่องบันทึกเสียงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถเข้าถึงกระบวนการใช้ทุนที่มีและการสร้างหรือแสวงหาทุนที่มีความจำเป็นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์กลุ่มชาติพันธุ์ในสนามของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามในประเด็นกว้าง ๆ จากแนวคิดเรื่องทุนของบูดีเยอร์^{8,9,10)} และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถามหลัก 22 ข้อ เป็นคำถามเจาะลึก 12 ข้อ ได้แก่ “เมื่อเข้ามาศึกษาในคณะพยาบาลนักศึกษาพบเจอความแตกต่างจากที่บ้านและชุมชนของตนเองอย่างไรบ้าง” “มองตนเองอย่างไรกับการได้เข้ามาศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา เอกชน” และ “คิดว่าตนเองมีคุณลักษณะที่แตกต่างอย่างไรจากคนพื้นราบหรือคนเมือง” เมื่อได้แนวคำถามแล้วนำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทและปรับแก้

ตามคำแนะนำ ก่อนนำไปเริ่มต้นสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชาติพันธุ์คนแรกที่ได้จากผู้นำพาเข้าสู่สนามและนำบทสัมภาษณ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์และอาจมีการเพิ่มหรือลดแนวคำถามการสัมภาษณ์หรือปรับแนวทางในการสัมภาษณ์เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและนำไปสู่การอ้อมตัวเชิงทฤษฎีของข้อมูล นอกจากนั้นเครื่องมือที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งคือตัวผู้วิจัย ที่มีความสัมพันธ์และเข้าใจในบริบทของสนามของวิชาชีพพยาบาลในฐานะของนักศึกษาพยาบาล มีประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน และได้ฝังตัวร่วมกับการทำกิจกรรมการเรียนการสอนร่วมกับนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีประสบการณ์ในการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติทดลอง และภาคปฏิบัติทางคลินิกในโรงพยาบาลกับนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์มาเป็นระยะเวลา 6 ปี

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E. 009/2566 และได้รับการยกเว้นการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านทางผู้นำพาเข้าสู่สนามพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเหตุผลความจำเป็นในการทำวิจัยต่ออาสาสมัครที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล สอบถามความสมัครใจก่อนทำการนัดหมายวันเวลาในการสัมภาษณ์ และขอความยินยอมที่จะให้ข้อมูลจากอาสาสมัคร และขออนุญาตบันทึกเสียงก่อน

การสัมภาษณ์ทุกครั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นให้ลงนามแสดงเจตนายินยอมต่อการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลสำคัญต้องการหยุดการบันทึกหรือออกจากสัมภาษณ์สามารถทำได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะไม่ปรากฏชื่อจริง และจะทำลายทิ้งเมื่อผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่ตีพิมพ์แล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งบันทึกขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยนัดผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ตามเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่เป็นคำถามปลายเปิด เน้นการสนทนาและสร้างข้อมูลร่วมระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยการนำทางจากผู้นำพาเข้าสู่สนาม ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participation observation) ถึงสี่หน้าท่าทางและน้ำเสียงในการตอบคำถาม ตลอดจนอาจปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลและใช้วิธีการบันทึกเสียง โดยสถานที่ใช้ห้องประชุมหรือห้องว่างที่มีความเป็นส่วนตัวภายในสถาบันอุดมศึกษา ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชั่วโมงต่อครั้ง ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาจากผู้ให้ข้อมูลก่อนการบันทึกทุกครั้ง ร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อให้ได้ข้อมูลและข้อสังเกตที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น หลังจากนั้นนำไปถอดเทปแบบคำต่อคำเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ของ Braun และ Clarks¹⁴ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ 1) การทำความเข้าใจกับข้อมูล 2) การทำให้เกิดข้อมูลเบื้องต้น 3) การค้นหาแก่นสาระ 4) การตรวจสอบซ้ำแก่นสาระ 5) การระบุและตั้งชื่อแก่นสาระ และ 6) การจัดทำรายงาน

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามแนวทางของ Lincoln และ Guba¹⁵ โดยการสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) จากปรากฏการณ์ที่พบเจอและมุมมองของผู้ให้ข้อมูลขณะให้การสัมภาษณ์ หลีกเลี่ยงการสรุปความตามความรู้และประสบการณ์ของผู้วิจัย ไม่ด่วนสรุปความหรือตัดสินความหมายจากข้อมูลที่ได้รับโดยค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ๆ ร่วมกับการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อหารือร่วมกันถึงการสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และนำคำสัมภาษณ์ที่ผ่านการถอดเทปกลับไปตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) หรือการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิง ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาคือนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลายชนเผ่า ผู้สนใจสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในนักศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกันได้ และเพื่อลดอคติในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยมีการอภิปรายร่วมกันกับอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งนำไปสู่ความเชื่อมั่นของกระบวนการวิจัย (dependability) มีการอธิบายกระบวนการทำ

วิจัยไว้อย่างชัดเจนทุกขั้นตอน เพื่อความเชื่อมั่นของผลการวิจัยว่าสามารถเกิดขึ้นซ้ำได้หากมีการดำเนินการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (confirmability) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องได้ว่าเกิดจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลตามประสบการณ์ที่เป็นอัตวิสัย (subjectivity) ของแต่ละบุคคลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth interview) ทำการถอดเทปคำต่อคำและนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตรวจสอบความเข้าใจและสะท้อนกลับ (reflexivity) ว่าเป็นข้อสรุปจากผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

ผลการวิจัย

บริบทของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่ศึกษา

สนามในการศึกษาวิจัยคือ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เปิดรับนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์เข้ามาศึกษาโดยตรงเป็นระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี และมีเครือข่ายความสัมพันธ์ในองค์กรศาสนานิกายโรมันคาทอลิกในชุมชนของนักศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคือนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 ราย เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 21 – 25 ปี เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอจำนวน 5 ราย มีถิ่นกำเนิดจากจังหวัดแม่ฮ่องสอน 1 ราย เชียงใหม่ 2 รายและตาก 2 ราย นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกทุกราย ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากโรงพยาบาล 2 ราย กุ๊ยมกกองทุนเพื่อการศึกษา 2 ราย และได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากเครือญาติ 1 ราย สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ม้งจำนวน

5 ราย มีถิ่นกำเนิดจากจังหวัดเชียงใหม่ 1 ราย พิษณุโลก 2 ราย และเพชรบูรณ์ 2 รายนับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก 2 ราย ศาสนาพุทธ 2 ราย และศาสนาคริสต์นิกายโปแตสแตนท์ 1 ราย ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากโรงพยาบาล 4 ราย กุ๊ยมกกองทุนเพื่อการศึกษา 1 ราย พยาบาลวิชาชีพกลุ่มชาติพันธุ์ที่จบการศึกษาแล้วไม่เกิน 3 ปี จำนวน 10 ราย เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 22 – 24 ปี เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ปกากะญอ 6 ราย มีถิ่นกำเนิดจากจังหวัดเชียงใหม่ 3 รายและจังหวัดตาก 3 ราย นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกทุกราย ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากโรงพยาบาล 4 ราย ทุนสนับสนุนการศึกษาจากคณะนิกายโรมันคาทอลิก 1 ราย และทุนสนับสนุนการศึกษาจากโรงพยาบาลร่วมกับทุนอุปการะจากต่างประเทศ 1 ราย เป็นชาติพันธุ์ม้ง อาข่า ลี๊วะ และลาหู่ อย่างละ 1 ราย มีถิ่นกำเนิดจากจังหวัดเชียงรายทั้งหมด นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก 3 ราย และศาสนาคริสต์นิกายโปแตสแตนท์ 1 ราย ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาล 3 ราย อีก 1 รายได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากเครือญาติ

อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ในคณะพยาบาลศาสตร์สถาบันอุดมศึกษาเอกชน อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 5 ราย เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 56 – 67 ปี

ทุนเดิมที่ถูกสร้างภายในสนามชาติพันธุ์และเอื้อต่อการศึกษาลัทธิสูตรพยาบาลศาสตร์

ผู้วิจัยใช้แนวคิดของบูดีเยอร์ (Bourdieu)^{8,9,10} ในการศึกษาเรื่องทุนของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ภายใต้มุมมองของรัฐไทยโดยไม่แบ่งแยกว่ามาจากชาติพันธุ์ใด ซึ่งมีความแตกต่างจากการมองเรื่องทุนทั่วไปที่ไม่ใช่สถานะทางเศรษฐกิจเพียงด้านเดียว

แต่รวมถึงทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และทุนเชิงสัญลักษณ์แนวคิดเรื่องทุนของบูดีเยอร์ (Bourdieu) ^{8,9,10} เชื่อว่าทุกคนเกิดมาพร้อมกับทุนที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด แต่ละคนถูกสร้างและสะสมมาตั้งแต่วัยเด็กผ่านกรอบเลี้ยงดูจากครอบครัว โรงเรียน สังคมรอบข้างที่ได้มีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งในที่นี้จะเรียกว่า “ทุนเดิม” กล่าวคือเป็นทุนที่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ได้มาก่อนจะเข้าสู่สนามของการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละคนประกอบด้วยทุนที่ติดตัวมาจากสนามชาติพันธุ์ที่เป็นประโยชน์และเฝ้าต่อการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร สถาบันอุดมศึกษาเอกชนดังต่อไปนี้ 1) ทุนที่ได้มาจากความเป็นชาติพันธุ์ในฐานะทุนที่ได้มาตั้งแต่เกิด 2) ทุนจากพื้นฐานทางจิตใจที่สร้างมาจากสนามชาติพันธุ์ และ 3) ทุนที่ถูกสร้างขึ้นมาจากพลวัตวัฒนธรรมด้านความเชื่อ

1) ทุนที่ได้มาจากความเป็นชาติพันธุ์ในฐานะทุนที่ได้มาตั้งแต่เกิด

ความเป็นชาติพันธุ์ภายใต้มุมมองของรัฐไทยไม่ว่าจะมาจากชุมชนหรือชนเผ่าใด ล้วนมีความเฉพาะเจาะจงทางด้านวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ ที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษซึ่งมีความแตกต่างจากโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมหลักของคนพื้นราบหรือคนในสังคมเมือง ทำให้มีทุนที่เกิดขึ้นภายในสนามของความเป็นชาติพันธุ์เป็นตัวกำหนดตำแหน่งภายในสนามว่าสามารถทำอะไรได้ภายใต้ขอบเขตของกฎ กติกา ในสนามซึ่งทุนที่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ได้รับมาตั้งแต่เกิดมีดังนี้

1.1) ทุนสัญลักษณ์ที่นำไปสู่สิทธิพื้นฐานของความเป็นพลเมือง

ทุนสัญลักษณ์ที่สำคัญภายในสนามชาติพันธุ์คือการได้รับสัญชาติไทย หรือการได้รับการรับรอง

สถานะบุคคลทางกฎหมาย ทำให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ได้รับสิทธิพลเมืองขั้นพื้นฐานเรื่องสวัสดิการรักษาเบื้องต้นต่าง ๆ และสิทธิทางการศึกษาในระบบ ซึ่งนักศึกษาชาติพันธุ์ปัจจุบันได้รับสิทธิความเป็นพลเมืองไทยจากการมีสัญชาติไทยซึ่งบางคนได้สัญชาติตั้งแต่สมัยปู่ย่า ตายาย บางคนดำเนินการขอในช่วงเรียนมัธยมปลายด้วยตนเองจากการตรวจรหัสพันธุกรรม (DNA) และได้รับการยืนยันจากในชุมชนว่าเกิดและโตมาในพื้นที่ของชุมชนจริง บางคนเพิ่งได้สัญชาติไทยในขณะที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ด้วยข้อจำกัดเรื่องความรู้ด้านกฎหมาย บางรายพ่อแม่แจ้งเกิดวันเดือนปีผิดไปจากความเป็นจริง

“เกิดมาก็ได้สัญชาติไทยแล้วค่ะ ที่บ้านปู่ย่าตายายก็ได้สัญชาติกันหมดแล้วค่ะ” (SN2)

“หนูเพิ่งได้สัญชาติตอนปี 4 ก่อนหน้านั้นได้ยื่นเอกสารตั้งแต่ช่วงมัธยมปลาย ต้องตรวจดีเอ็นเอ ยืนยันว่าตรงกับพ่อแม่ให้คนในชุมชนยืนยันร่วมด้วย” (SN8)

การได้รับสัญชาติไทยเป็นทุนทางสัญลักษณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อกระบวนการเข้าสู่ระบบการศึกษาตั้งแต่ปฐมวัย สิทธิทางการศึกษาที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่การมีคุณสมบัติในการรับสมัครคัดเลือก นอกจากการได้สัญชาติไทยจะเป็นทุนเชิงสัญลักษณ์ที่สำคัญในการทำให้ได้เข้าศึกษาต่อ ทุนเชิงสัญลักษณ์นี้ยังเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการสร้างทุนทางเศรษฐกิจในรูปแบบการกักตุนทุนการศึกษาจากกองทุนเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษาทั้ง กยศ. และ กรอ. ซึ่งนักศึกษาชาติพันธุ์ที่ไม่มีสัญชาติไทยก็จะมีปัญหาในการเข้าเรียน บางรายต้องให้นายอำเภอทำเรื่องเพื่อฝากเข้าเรียน และขาดสิทธิในการขอกู้ยืมทุนการศึกษา พ่อแม่ต้องดิ้นรนทำงานเพิ่ม และตัวนักศึกษาเองก็ต้องทำงานเสริมขณะเรียนหนังสือเพื่อ

เป็นทุนการศึกษา บางรายทุนเชิงสัญลักษณ์จากความ
เป็นชนชาติพันธุ์แปรเปลี่ยนไปเป็นทุนทางเศรษฐกิจ
จากการมีคนสนับสนุนเงินทุนการศึกษา มอบโอกาสและ
ช่องทางในการศึกษาต่อเป็นโอกาสที่เอื้อให้นักศึกษา
ชาติพันธุ์ได้รับโอกาสทางการศึกษาได้ง่ายขึ้น

“หนูได้ทุนการศึกษาของโรงพยาบาลปีละ
30,000 บาท ส่วนค่าเทอมที่เหลือกู้ กยศ. เพิ่ม
ด้วยค่ะ” (SN1)

“ไม่ได้รับทุนที่ไหนเลยคะ กู้ กยศ. ก็ไม่ได้
เพราะไม่มีสัญชาติไทย พ่อแม่ก็ทำงานเสริม
เพิ่มเติมจากเดิมส่งเงินมาให้และหนูก็ช่วย
ทำงานพิเศษช่วงปิดเทอมด้วยค่ะ” (SN7)

1.2) ทุนทางเศรษฐกิจที่ได้จากความเป็น ชาติพันธุ์

นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่
อาศัยอยู่ในเขตตอนเหนือของประเทศไทย เป็น
กลุ่มคนชายขอบที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ป่าเขา ห่างไกล
จากพื้นที่เมือง รัฐมีการจัดสรรพื้นที่ทำกินสำหรับ
กลุ่มชนชาติพันธุ์แต่ละครอบครัวให้ในพื้นที่ในการเพาะปลูก
และอยู่อาศัย เพื่อป้องกันการบุกรุกพื้นที่ป่า จากการ
ทำไร่เลื่อนลอย เพราะส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม
ทำไร่ทำสวน เลี้ยงสัตว์เป็นหลัก ไว้สำหรับรับประทานเอง
ในบ้าน ส่วนที่เหลือจะนำออกมาขายให้เป็นรายได้
ใช้จ่ายในครอบครัว มักถูกมองว่าเป็นกลุ่มคนที่ด้อย
โอกาส และขาดแคลนทุนทรัพย์จึงมีหน่วยงานทั้งภาครัฐ
และเอกชนเข้ามาพัฒนาในพื้นที่ ให้ความรู้การทำ
เกษตรกรรมปลูกพืชไร่ควบคู่กับพืชเศรษฐกิจ ใน
การเลี้ยงชีพ มีโครงการหลวงและช่องทางในการรับซื้อ
ผลิตผลทางการเกษตรจากชุมชน เป็นการสร้างรายได้ให้
กลุ่มชาติพันธุ์

มาตรฐานของคนเมืองหรือคนพื้นราบภายใต้
นิยามคำว่า “ชาติพันธุ์” ที่รัฐใช้ทำให้นักศึกษาพยาบาล

กลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในมุมมอง
ดังกล่าว แต่หากใช้มาตรฐานในมิติที่หลากหลายขึ้น
อาจจะไม่สามารถเรียกว่าด้อยโอกาสไปเสียทุกด้าน
อย่างไรก็ตามเมื่อกลุ่มชาติพันธุ์เลือกเข้ามาศึกษาใน
หลักสูตรที่ถูกสร้างขึ้นบนฐานคิดแบบทันสมัย เช่น
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตซึ่งอยู่ภายใต้มาตรฐาน
การแพทย์แบบทันสมัย (modern medical) เท่ากับว่า
พวกเขาต้องยอมรับต่อมาตรฐานที่ถูกนำมาใช้ตัดสิน

“คนที่บ้านส่วนมากจะทำไร่ ทำนา เป็นพวก
เกษตรมากกว่า พ่อแม่หนูปลูกขิงและกริถียงพารา
ค่ะ รายได้ส่วนใหญ่มาจากขุดขิงไปขาย” (SN2)

“ตอนเรียนจะมีเพื่อนที่ดูแคลนเรา ชอบพูด
ประมาณว่าเราจน เวลาทำงานอะไรที่ต้องใช้เงิน
เขาก็จะพูดว่าอย่าเก็บเยอะเดี๋ยวเพื่อนไม่มี จริง ๆ
แล้วเราก็นึกว่าเราไม่ได้จนขนาดนั้น” (SN4)

“เพื่อนที่ไม่ใช่ชาติพันธุ์ เขาอาจจะมองว่าเรา
เป็นเด็กที่ด้อยโอกาสหรือเปล่า มันเหมือนมี
เส้นบาง ๆ กันอยู่ เราไม่ได้สนิทกับเขาขนาดนั้น”
(SN5)

ปัจจุบันกระบวนการพัฒนาประเทศได้ครอบคลุม
ไปทั่วถึงทุกพื้นที่ ระบบสาธารณูปโภคที่เข้าถึงในชุมชน
เช่น การคมนาคม ไฟฟ้า ระบบน้ำประปา การสื่อสาร
และโทรคมนาคม ส่งผลให้ความเป็นชาติพันธุ์ไม่
เหมือนเดิม การแต่งกายของคนรุ่นใหม่เปลี่ยนไปตาม
ยุคสมัยรูปแบบพฤติกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
การเลือกใช้สินค้าอุปโภคและบริโภคตามท้องตลาด
หรือบริการสาธารณะต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยความสะดวก
ในการใช้ชีวิตให้ง่ายขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับความ
เจริญทางด้านเทคโนโลยี เป็นผลให้ทุนทางวัฒนธรรม
ของความเป็นชาติพันธุ์ที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ
ได้รับการแปลงให้กลายเป็นทุนทางเศรษฐกิจ เช่น การ

แต่งกายที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละชนเผ่า สามารถสร้างอาชีพ การตัดเย็บเสื้อผ้า การทอผ้าประจำชนเผ่าออกมาจำหน่ายให้คนเมือง หรือคนพื้นราบ ใส่ตามเทศกาลต่าง ๆ ของคนชนเผ่า หรือการเย็บหมอนคลุมศีรษะ วัฒนธรรม การร่วมประเพณีประจำปีของชนเผ่าเป็นการเพิ่มรายได้ นอกเหนือจากอาชีพเกษตรกรรม

“เมื่อก่อนที่บ้านปลูกหอม ตอนเริ่มทำรายได้มันก็ดีค่ะ แต่สักพักเหมือนคนอื่นเห็นว่าทำรายได้ดี เขาก็ทำพอทำเยอะ ๆ ราคาก็เลยตกแม่เลยเลิกทำ มาเปิดร้านขายเสื้อผ้าแทน ตัดชุดของชนเผ่า โดยใช้ผ้าที่ทอกันเองจากในชุมชนค่ะ” (SN8)

1.3) ทุนวัฒนธรรมด้านภาษา และการแต่งกาย

นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มเล็ก ๆ ที่เข้ามาเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์เมื่อเทียบจำนวนกับนักศึกษาโดยทั่วไป นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์มองว่าสถานภาพหรือบทบาททางสังคมของตนเองอาจจะดูต้อยกว่าเมื่อเทียบกับเด็กในเมืองหรือคนพื้นราบที่มาจากต่างจังหวัด ด้วยภาษาที่ใช้ประจำวันเป็นภาษาชนเผ่าทำให้สำเนียงการสื่อสารไม่ชัด จึงเกิดความไม่มั่นใจในการสื่อสารถึงวลีกับการถูกล้อเลียนจึงทำให้มีบุคลิกภาพท่าทาง การวางตัวที่สุภาพ อ่อนน้อม ถ่อมตน เป็นผลดีต่อคนที่พบเจอ

การแต่งกายของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีระเบียบแบบแผนสืบต่อกันมาตามความเชื่อจากบรรพบุรุษ แม้ยุคสมัยจะเปลี่ยนไป การแต่งกายด้วยชุดประจำชนเผ่ายังคงใส่ในเทศกาลประจำปี ในงานสำคัญในครอบครัว หรือการเข้าโบสถ์ในวันอาทิตย์ เมื่อเข้ามาศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์จึงไม่มีความรู้สึกขัดกับกฎระเบียบเรื่องการแต่งกายตามวัฒนธรรมของวิชาชีพพยาบาล หรือการแต่งกายในชีวิตประจำวันจึงเรียบง่าย ใส่เสื้อที่มีแขน ไม่รัดแน่นเนื้อเต้านม และการใช้ชีวิตประจำวันก็เรียบง่าย สงบเสถียร ไม่ค่อยพูด ทำให้เจ้าหน้าที่และอาจารย์ที่พบเห็นเกิดความเมตตาที่จะมอบโอกาสให้

กับเด็กกลุ่มนี้ เมื่อต้องนำเสนอหน้าชั้นเรียน ประชุมกลุ่มกรณีศึกษาผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในชั้นเรียน เป็นที่ดึงดูดใจกับอาจารย์เมื่อเห็นนักศึกษาที่ไม่ค่อยพูดทำหน้านิ่ง ๆ ไม่แน่ใจว่าเข้าใจหรือมีข้อสงสัยในเนื้อหาการเรียน ก็จะถูกกระตุ้นบ่อยหรือเรียกมาพูดคุย และให้ความใส่ใจมากเป็นพิเศษ

“ส่วนใหญ่จะเป็นคนไม่ค่อยพูดค่ะ ตอนขึ้นฝึกอาจารย์ก็จะคุยว่าเป็นอะไร มีปัญหาหรือเปล่า ที่ไม่พูดเพราะไม่เข้าใจหรือติดขัดตรงไหน” (N1)

“รู้สึกที่เราแตกต่างจากสังคมเพื่อน เวลาเราพูดไม่ชัด บางคนเขาก็มีล้อเลียน” (SN 10)

“ลักษณะทั่ว ๆ ไปของเราย่อม ไม่ค่อยกล้า นั่งกางเกงหรือกระโปรงสั้นเนื้อเต้านม หรือใส่เสื้อแขนกุด เหวลอย มักทำอะไรซ้ำ ๆ ค่อย ๆ คิด ค่อย ๆ ทำ” (SN2)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าทุนที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดจากความเป็นชาติพันธุ์ซึ่งเป็นทุนเชิงสัญลักษณ์ที่บอกถึงสถานะที่แตกต่างของความเป็นพลเมืองที่ได้รับสิทธิสวัสดิการดูแลจากทางรัฐด้านการรักษาพยาบาล การเข้าถึงการศึกษา สิทธิการครอบครองพื้นที่ทำกินที่เป็นทุนทางเศรษฐกิจให้เกิดโอกาสในการสร้างรายได้ ในครอบครัวที่ดูต้อยกว่าเด็กทั่วไปในสนามของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน และทุนทางวัฒนธรรมเรื่องการใช้ภาษาในการสื่อสารที่ต้องมีการพัฒนาให้เกิดความมั่นใจเมื่อเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลที่ต้องมีการสื่อสารทั้งการพูด อ่าน เขียน กับเพื่อนร่วมชั้นเรียน อาจารย์ พยาบาลในคลินิกปฏิบัติงานและผู้ป่วย

2) ทุนจากพื้นฐานทางจิตใจที่สร้างมาจากสนามชาติพันธุ์

พื้นฐานทางจิตใจของบุคคลเป็นสิ่งที่ถูกหล่อหลอมมาตั้งแต่วัยเด็กจากการอบรมเลี้ยงดูให้มีพัฒนาการด้านจิตใจ และอารมณ์ที่มั่นคงสำหรับบุคคลนั้น¹⁶ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์

ถูกสร้างให้มีจิตใจเอื้ออาทร และมีความมุ่งมั่นอดทน ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการเป็นพยาบาลในอนาคต

2.1) จิตใจเมตตาและเอื้ออาทร

ชนชาติพันธุ์เป็นครอบครัวใหญ่ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ดูแล เอาใจใส่ช่วยเหลือกันในชุมชน คนในชุมชนรู้จักกันถนัดหน้าและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องเป็นเครือญาติกัน อาชีพส่วนใหญ่คือการปลูกข้าว ทำไร่ ทำสวน ทุกบ้านจะมาช่วยกันดูแล เก็บเกี่ยวผลผลิตที่ได้จนเสร็จ แล้วไปช่วยกันทำบ้านอื่นต่อ ๆ กันไป ทำให้กลุ่มชนชาติพันธุ์มีจิตใจเอื้ออาทรมีน้ำใจในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากการดำเนินชีวิตที่ไม่ต้องดิ้นรน แข่งขันกัน เพราะในชุมชนไม่ค่อยมีค่าใช้จ่าย ผลผลิตที่ได้จะเก็บไว้สำหรับรับประทานในบ้านและแบ่งปันกันที่เหลือจึงนำไปขาย ประกอบกับการถูกเลี้ยงดูให้เติบโตมากับนักบวชทางศาสนาคริสต์ที่ปลูกฝังให้มีความเมตตาและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

“ในหมู่บ้านมีประมาณ 200 หลังคาเรือน รู้จักกันเกือบทั้งหมด ตอนช่วงเกี่ยวข้าว ทำนา ทำไร่ ก็จะช่วยกัน สมมุติว่าบ้านเราเกี่ยวข้าว เขาก็จะมาช่วยกันเกี่ยว แล้วเราก็ก่อไปช่วยเกี่ยวคืนเขาอะ” (SN7)

“ชาติพันธุ์ของหนูมันควบคู่ไปกับศาสนา..... ถูกเลี้ยงดูมากับซิสเตอร์ ทำให้เห็นอกเห็นใจคนอื่น เวลาไม่พอใจอะไรก็ข่มใจไว้ ไม่พูดออกไปก่อน” (SN7)

ความเอื้ออาทรที่สร้างขึ้นมาจากชีวิตแบบวิถีชุมชน เครือญาติเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่ตกทอดมาสู่รุ่นลูกหลาน ประกอบกับการอบรมสั่งสอนตามหลักการทางศาสนาในแบบคาทอลิก หรือคริสเตียน ทำให้เกิดลักษณะพิเศษ คือ ความเมตตาและเอื้ออาทรเด่นชัดขึ้นในตัวของนักศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ รวมถึงคนที่

นับถือศาสนาพุทธเช่นกันที่ถูกหล่อหลอมด้านจิตใจแห่งความเอื้ออาทรจากการเลี้ยงดูแบบเกื้อกูล เอาใจใส่จากครอบครัว เครือข่ายความสัมพันธ์จากทุนทางสังคมที่ปฏิสัมพันธ์ต่อกันในสังคมแบบช่วยเหลือดูแลกันและกัน

2.2) ความมุ่งมั่น อดทน

ภายใต้วาทกรรมชาติพันธุ์ของรัฐในอดีตที่มองกลุ่มชาติพันธุ์ในลักษณะเป็นอื่นหรือมีความพิเศษที่แตกต่างจากคนพื้นราบทั่วไป ทำให้กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ทัศนคติและมุมมองไปสร้างการแบ่งแยกสิทธิและผลประโยชน์ที่พึงมีพึงได้ สิทธิประโยชน์ของกลุ่มชาติพันธุ์จึงน้อยกว่าคนพื้นราบทั่วไป¹⁷ ชีวิตในเขตป่าเขาที่ขาดสิทธิรวมถึงสิทธิความเป็นพลเมืองจึงต้องฝ่าฟันต่อสู้ดิ้นรนบนฐานของความยากลำบาก แต่สถานการณ์เช่นนี้เป็นทุนเชิงสัญลักษณ์ที่ได้สร้างความแข็งแกร่ง อดทนและความมุ่งมั่น เพื่อมีชีวิตที่ดีให้กับนักศึกษาที่มาจากกลุ่มชาติพันธุ์ โดยได้รับการฝึกฝนให้ช่วยเหลือตนเองตั้งแต่วัยเด็กจากที่บ้าน เพราะพ่อแม่ต้องทำอะไรทำสวนและมีลูกหลายคนทำให้เด็กต้องเข้มแข็งเอาตัวรอดได้ด้วยตนเอง และด้วยความเป็นชนชาติพันธุ์รุ่นใหม่ที่มีโอกาสเข้าถึงการศึกษา พ่อแม่จึงมักสั่งสอนให้อดทน อดกลั้นต่อการเผชิญความยากลำบากเพื่อการสร้างอนาคต และชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีต่อไป ในวันข้างหน้าจะได้ไม่ลำบาก และส่วนใหญ่ได้รับการอบรมสั่งสอนในโรงเรียน เครือคาทอลิกตั้งแต่ช่วงวัยประถมศึกษาตอนต้นด้วยกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ มีความพยายาม อดทน เชื่อฟัง และจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบด้วยตนเองเพื่อไม่ให้พ่อแม่ที่บ้านต้องเป็นห่วง

“เด็กชาติพันธุ์อาจดูนิ่ง ๆ แต่ว่าเขาก็มีความพยายาม มีความอดทนสูงมากอะ เกือบทุกคนเลยนะคะที่รู้จัก เขาสู้ชีวิตและขยันมาก” (N5)

“แม่หนูบอกตลอดว่าให้อดทนอะ ลำบากวันนี้จะสบายในวันหน้า แม่พูดตลอดก็เลยจำ และหนูคิดว่าหนูเป็นพี่คนโตหนูก็ต้องทำให้น้องเห็นว่าหนูอยู่ได้คะอาจารย์” (SN6)

“ความเป็นมั่งของเรทำให้มีความพยายาม
และความอดทนมากกว่าคนอื่น เราสู้ก็อยาก
ทำให้สำเร็จ” (SN10)

เวลาขึ้นฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาปฏิบัติ
การพยาบาลทางคลินิก นักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์จะ
แสดงออกถึงความอ่อนโยนเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ
มอบหมายอย่างดี เวลาสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับ
ผู้อื่นมักจะนอบน้อม ใจเย็น อดทน และสุภาพ เป็นที่
พึงพอใจแก่ผู้รับบริการพยาบาลและอาจารย์ที่นเทศงาน

“เด็กกลุ่มนี้จะอดทน เวลาฝึกที่ ward จะตั้งใจ
เพราะเขารู้ว่าเขาเรียนเพื่ออะไร ใส่ใจในสิ่งที่
ผู้ป่วยบอก และสังเกตว่าผู้ป่วยต้องการอะไร
โดยที่เราไม่ได้บอก” (L1)

“พี่พยาบาลใน ward ที่ไปฝึกงานก็ชมว่า
นักศึกษาดูแลผู้ป่วยดี สนใจช่วยเหลืองานดี” (L2)

พื้นฐานทางจิตใจที่สร้างมาจากสนามชาติพันธุ์
ทำให้เห็นทุนทางสังคมของกลุ่มคนชาติพันธุ์ที่ช่วยเหลือ
เกื้อหนุนกันและกันในสนาม ทำให้มีการซึมซับ หล่อหลอม
ความเอื้ออาทรที่มีต่อบุคคลอื่น และการถ่ายทอดทุน
ทางวัฒนธรรมทางจิตใจที่มีความเข้มแข็ง อดทน ต่อ
ความยากลำบาก มุ่งมั่น เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ตั้งใจ
เป็นผลให้นักศึกษาชาติพันธุ์เป็นคนที่มีความตั้งใจเมตตา
และเอื้ออาทรในการช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งเป็นทุนทาง
วัฒนธรรมที่ได้จากวิถีการดำเนินชีวิตในชุมชนชาติพันธุ์
รวมถึงทุนทางวัฒนธรรมที่ได้รับจากการฝึกฝนเรียนรู้
ในโรงเรียนเครือข่ายทอลิกให้มีจิตสำนึกที่จะรักผู้อื่น
และเห็นอกเห็นใจผู้อื่นที่อยู่ร่วมกับตนเองในสังคม
ของการอยู่โรงเรียนประจำ เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่
ส่งเสริมคุณลักษณะที่ดีของการเป็นพยาบาลในการ
ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย
จิตใจ และจิตวิญญาณ ภายใต้การเคารพสิทธิและ
ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นผลให้มีเครือข่ายความ
สัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างทำให้มีทุนทางสังคมใน

การเกื้อหนุน ช่วยเหลือกันในการทำงานกลุ่มหรือการ
ประสานงานต่าง ๆ

3) ทุนที่สร้างขึ้นจากพลวัตของวัฒนธรรม ด้านความเชื่อ

เดิมทีชนชาติพันธุ์มีวัฒนธรรมทางความเชื่อ
แบบผีวิญญาณบรรพบุรุษและอำนาจเหนือธรรมชาติ
ตามเหตุการณ์ของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นสืบทอดต่อ ๆ
กันมา แต่เมื่อยุคสมัยเปลี่ยนไป ความเจริญด้านวัตถุ
และความทันสมัยด้านเทคโนโลยีเข้าถึงในชุมชน มุม
มองทัศนคติเกี่ยวกับความเชื่อเริ่มเปลี่ยนไปจากเดิม

“ในช่วงสงครามจะมีความที่เขาริเรียกว่า การล้าง
หมู่บ้านเหมือนขับไล่สิ่งไม่ดีออกไปจะไม่มีใครสามารถ
ออกจากบ้านได้จะเป็นความเชื่อว่า คึนนั้นจะเป็นคึน
ที่ให้สิ่งไม่ดีออกไป โดยที่ทุกคนอยู่ในบ้าน” (SN1)

“ความเชื่อของคนม้งดั้งเดิมก็ไม่เชิงภูตผี แต่
เชื่อบรรพบุรุษมากกว่า เช่น พิธีกรรมที่เขาเรียกว่า
อัวแง เป็นพิธีกรรมทำผี บางคนที่เขาไว้รอยรักษา
ไม่หาย ไม่ว่าจะหาหมอ ไม่ว่าจะแบบด้วยวิธีอะไรแล้ว
ก็ดียังไม่หายคะ ทำแบบนี้เขาก็หายคะ” (SN2)

3.1) มุมมองการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ตามความเชื่อใหม่

ความเชื่อตามวัฒนธรรมดั้งเดิมได้ถูกแทนที่
ด้วยความเชื่อทางศาสนาใหม่มานองคัรทางศาสนา
ที่เข้าไปมีบทบาทในการพัฒนาทาง การศึกษาโดย
มอบโอกาสทางการศึกษาให้กับเด็กในชุมชนช่วยเหลือ
ดูแล สร้างอาชีพให้คนในชุมชน มีการสร้างวัด โบสถ์
โรงเรียนในชุมชน พร้อมกับการเผยแผ่ความเชื่อทาง
ศาสนา ส่งผลต่อความคิด ความเชื่อและรูปแบบการ
ดำเนินชีวิตแตกต่างไปจากเดิม แต่อย่างไรก็ตามการ
พัฒนาประเทศเริ่มมีการบุกเบิกพื้นที่จากการดำเนิน
พระราชกรณียกิจของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพล
อดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร (ในหลวงรัชกาลที่ 9)
ให้ชาวเขาชาวดอยปลูกกาแฟแทนการปลูกฝิ่น หน่วย
งานราชการและเอกชนเข้าไปมีบทบาทในการพัฒนา

ชีวิตความเป็นอยู่ของกลุ่มชนชาติพันธุ์ สร้างถนนให้ มีการคมนาคมที่สะดวกในการเดินทาง ระบบ สาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา มีการปฏิสัมพันธ์ กับคนนอกชุมชนมากขึ้น¹⁸

“หมู่บ้านที่อยู่ในสมัยก่อน มีศูนย์พัฒนา เด็กเล็กและถัดไปอีก 1 หมู่บ้าน ประมาณ 1 กิโลเมตร มีโรงเรียน ประถม แต่ห่างไปอีก 5 กิโลเมตร จะมีโรงเรียนมัธยมต้นและปลายและมีวิทยาลัย การอาชีพ ครอบครัวหนูส่งไปอยู่โรงเรียนของ ชีสเตอร์ โบสถ์คริสต์ เพราะที่บ้านเป็นคาทอลิก ตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษ ปู่ย่าก็เป็น มีมิชชันนารี เคยจะมาประกาศและที่หมู่บ้านมีโบสถ์คาทอลิก แต่ไม่มีวัดไทย เพราะในหมู่บ้านจะเป็นคาทอลิก และคริสต์ไปแต่สแตนท์ทั้งหมู่บ้าน” (SN3)

“ตอนพ่อกับแม่ย้ายมาจากพะเยา ด้วยความ ที่ไม่ค่อยมีญาติพี่น้อง และถ้าต้องมานับถือ ผีบรรพบุรุษ เวลาเจ็บป่วยนิดหน่อย ต้องฆ่าหมู ฆ่าไก่ มันใช้เงินเยอะ พอโตช่วงนั้นมีอาจารย์เข้ามา ชักชวนให้ไปโบสถ์คริสต์เรียน เราก็ไม่ต้องทำ พิธีกรรมพวกนั้น ช่วงแรกพ่อแม่ก็ลองไปดูว่า ถ้าเปลี่ยนศาสนาแล้วมันเป็นยังไง พ่อแม่เขา ก็ยอมเปลี่ยน เท่าที่แม่เล่าให้ฟัง แม่ก็ไปสักช่วงนึง เข้าโบสถ์ทุกอาทิตย์ ไปอธิษฐาน แม่ก็บอกว่า มันช่วยทางด้านจิตวิญญาณเราได้เยอะ แม่เขาก็เลยเปลี่ยน” (SN8)

3.2) การถูกฝึกฝนระเบียบวินัยจากระบบ การศึกษา

เด็กชาติพันธุ์รุ่นใหม่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามหลักสูตรแกนกลางซึ่งเป็นการศึกษาแบบทันสมัย (modern education) และได้รับการสนับสนุนการศึกษา จากโรงเรียนในเครือของคาทอลิกที่รับดูแลเด็กเป็น โรงเรียนประจำทั้งคนที่นับถือศาสนาคริสต์และศาสนาพุทธ เป็นการช่วยเหลือและส่งเสริมครอบครัวที่ยากจน พ่อแม่มีลูกหลายคนไม่มีเวลาดูแล ส่งลูกไปอยู่

โรงเรียนประจำตั้งแต่ชั้นประถมต้น เด็กจึงถูกสอนให้ มีระเบียบวินัย ช่วยเหลือตนเอง เชื่อฟังคำสั่ง ทำตาม กฎระเบียบ ไม่ดื้อ ไม่เถียง มีตารางมอบหมายงาน ความรับผิดชอบในหอพัก รวมถึงเวลาในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน มารยาทการอยู่ร่วมกัน และระเบียบ การแต่งกายเมื่อโตขึ้นเป็นรุ่นพี่จะรับบทบาทในการเป็น พี่เลี้ยงดูแลน้องเล็กที่เข้ามาใหม่เป็นระบบพี่ดูแลน้อง สำหรับครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธหรือคริสต์ยืน มีเครือข่ายหรือช่องทาง การติดต่อรับความช่วยเหลือ จากชีสเตอร์หรือคุณพ่อในโบสถ์ก็สามารถเข้าเรียนได้ ก็จะได้รับ การฝึกฝนรูปแบบเดียวกัน ส่วนคนที่ไม่มี เครือข่ายก็เรียนโรงเรียนในอำเภอ หรือจังหวัด ที่มี กฎระเบียบในการปฏิบัติของนักเรียนทั่วไป

“หนูเรียนโรงเรียนในหมู่บ้านถึงป.1 แล้ว ป. 2 ก็ย้ายไปเรียนโรงเรียนประจำที่เป็นศาสนาคริสต์ค่ะ เขาก็จะให้เข้าโบสถ์ เขามีสวดตั้งแต่เด็ก หนูก็ซึมซับ ที่จะอยู่กับศาสนานี้มาตั้งแต่เด็กค่ะ เพราะพ่อแม่หนู ต้องทำงานแล้วไม่มีเวลาดูแล ก็เลยอยากให้ไปเรียน ดีกว่า จะได้ไม่ไปเถลไถล จะได้เป็นเด็กดี เขาเชื่อ แบบนั้น เขาก็อยากให้โตมามีการศึกษา” (SN5)

“เริ่มเรียนหนังสือในหมู่บ้านตั้งแต่อนุบาล ถึง ป.2 แล้วก็ไปต่อ ป.3 ที่โรงเรียนในเครือคาทอลิก คุณพ่อและชีสเตอร์ที่ดูแลเรา เขาฝึกทั้งความรู้ และนิสัย อบรมการใช้ชีวิตในการดูแลตนเองค่ะ” (SN9,10)

พลวัตทางวัฒนธรรมด้านความเชื่อที่เกิดขึ้นจาก การพัฒนาประเทศ การขยายตัวและการเข้าถึงการศึกษา ในระบบโรงเรียน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเผยแผ่ ศาสนาที่สร้างให้กลุ่มชนชาติพันธุ์รุ่นใหม่ได้รับโอกาส ทางการศึกษาที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น ได้รับสิทธิความ เป็นพลเมือง ได้รับการฝึกหัดขัดเกลา (disciplined) เป็นคนในแบบที่แตกต่างไปจากความเป็นชาติพันธุ์

ทุนเดิมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่เอื้อต่อการศึกษาลัทธิสตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต:
กรณีศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

แบบเดิมกล่าวคือมีระเบียบวินัย ความคิด คุณค่าและ ความเชื่อในลักษณะของบุคคลในสังคมทันสมัย (modern man) เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงนี้จะไม่ทั้งหมด และยังไม่สมบูรณ์แบบอย่างสังคมเมืองก็ตาม

จากที่กล่าวข้างต้นชุมชนเริ่มเปิดออกมามีปฏิสัมพันธ์กับคนพื้นเมืองมากขึ้น มีหน่วยงานของรัฐบาลและเอกชน เข้าไปมีบทบาทช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มชนชาติพันธุ์รวมถึงองค์การศาสนาที่เข้ามามีบทบาทต่อความคิด ความเชื่อของคนในชุมชน โดยเฉพาะศาสนาคริสต์ ทั้งนิกายโรมันคาทอลิกและโปรเตสแตนต์ที่เป็นทุนเชิงสัญลักษณ์ของกลุ่มชนชาติพันธุ์ในช่วงระยะหลัง ที่มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน โดยใช้การศึกษาแบบทันสมัย (modern education) ให้ความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์มีเหตุและผลในชีวิตเป็นส่วนหนึ่งในการเผยแผ่หลักความเชื่อทางศาสนา และหล่อหลอมความคิด ความเชื่อให้มีความรัก ความเมตตา กรุณาตามหลักการของพระคัมภีร์ให้คนมีความคิด ความเชื่อแบบทันสมัย (modern mind) และทุนสัญลักษณ์ด้านความเชื่อทางศาสนาได้ให้ทุนทางเศรษฐกิจผ่านการสนับสนุนดูแลชนชาติพันธุ์ที่ด้อยโอกาสทางการศึกษาขาดแคลนทุนทรัพย์ พ่อแม่ไม่มีเวลาในการเลี้ยงดูองค์การศาสนาได้เข้ามาเติมเต็มในช่วงว่างที่เกิดขึ้นตรงนี้โดยรับดูแลเด็ก ๆ ให้มีการศึกษาและรับเลี้ยงดูให้อยู่ในโรงเรียนประจำที่อยู่ในเครือการบริหารขององค์การเผยแผ่ศาสนาตั้งแต่ช่วงประถมตอนต้นและเรียนรู้การใช้ชีวิตในหอพักและการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น ซึ่งเด็กชาติพันธุ์ได้รับการฝึกฝนให้มีระเบียบวินัย มีความประพฤติที่อยู่ในกฎระเบียบ ทำกิจวัตรประจำวันตามตารางเวลา มีความสุภาพเรียบร้อย และอดทนต่อความยากลำบาก ต้องรู้จักช่วยเหลือตนเอง ตั้งแต่ยังเด็ก รับผิดชอบหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการรู้จักบังคับตนให้เห็นแก่ส่วนรวมเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นระเบียบในหอพัก สิ่งที่ได้เหล่านี้ล้วนเป็นทุนวัฒนธรรมที่ได้รับมาจากทุนสัญลักษณ์ของ

พลวัตรวัฒนธรรมด้านความเชื่อที่เป็นผลดีต่อการเรียน พยาบาล ในด้านการวางตัวให้เหมาะสมตามกาลเทศะ ความอ่อนโยนสุภาพ เรียบร้อย ความอดทน ความมีระเบียบวินัยที่จำเป็นในการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาลเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดัน จากอาการผู้ป่วยหรือความคาดหวังของญาติ หรือการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและทุนวัฒนธรรมในการอยู่โรงเรียนประจำ ยังสร้างทุนทางสังคมให้กับ นักศึกษาชาติพันธุ์ให้มีเครือข่ายความสัมพันธ์กับคุณพ่อ ชีสเตอร์หรือมาเซอร์ตามเครือข่ายของโรงเรียนที่รับดูแล นักศึกษาระหว่างเรียน และช่วยหาทุนสนับสนุนการศึกษารวมถึงแนะแนวทางการศึกษาต่อ และยังได้สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นพี่และรุ่นน้องในการดูแลซึ่งกันและกันภายในโรงเรียน ให้คำแนะนำและติดต่อประสานงานเกี่ยวกับการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาด้วย

จากการศึกษาสามารถสรุปทุนเดิมของนักศึกษา พยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่เอื้อต่อการศึกษาลัทธิสตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (original capital supporting ethnic nursing students in Bachelor of nursing science program) ได้แก่ 1) ทุนสัญลักษณ์ (symbolic capital) ที่มาจากความเป็นชาติพันธุ์ในฐานะที่ได้มาตั้งแต่เกิด (ethnicity) ทำให้ได้รับความสนใจและการดูแล (get attention and special care) รวมถึงสิทธิความเป็นพลเมืองไทย (Thai nationality citizenship rights) ในการนำไปสู่ทุนเศรษฐกิจ ทุนสังคม และทุนวัฒนธรรม 2) ทุนเศรษฐกิจ (economic capital) ที่ได้มาจากทุนสัญลักษณ์ของความเป็นชาติพันธุ์และทุนสังคม จากเครือข่ายความสัมพันธ์ทางเครือญาติ ทำให้ได้รับทุนการศึกษาต่อฟรี (free scholarship) สิทธิการกู้ยืม กองทุนการศึกษา (educational fund loan rights) และโอกาสช่องทางการศึกษาในอนาคต (opportunities

and avenues for further education) 3) ทุนทางสังคม (social capital) ที่ได้มาจากทุนสัญลักษณ์ของความ เป็นชาติพันธุ์และทุนวัฒนธรรมจากการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อ ทำให้มีเครือข่ายความสัมพันธ์ทางความเชื่อ (network of relationships among faith groups) และ เครือข่ายความสัมพันธ์ทางการศึกษา (network of

relationships in education) 4) ทุนวัฒนธรรม (cultural capital) จากความเป็นชาติพันธุ์ในฐานะที่ได้มาตั้งแต่เกิด และการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเป็นผลให้นักศึกษาพยาบาล กลุ่มชาติพันธุ์มีจิตใจเมตตาเอื้ออาทร (kindliness & generosity) อดทนมุ่งมั่น (tolerance) และมีระเบียบวินัย (discipline) (Figure 1)

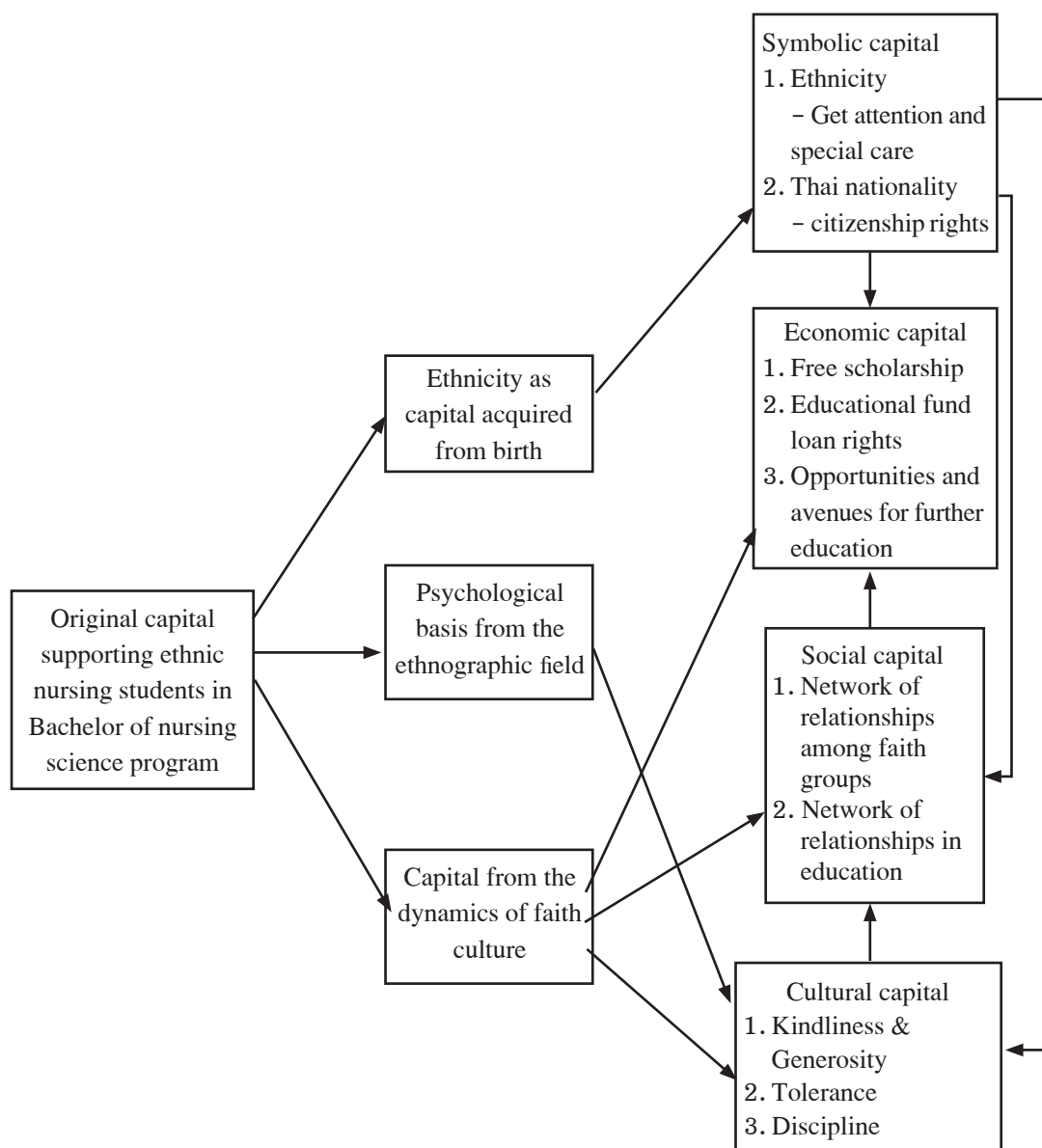


Figure 1 Original capital supporting nursing students in Bachelor of Nursing Science Program

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงทุนเดิมที่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์มีติดตัวมาก่อนเข้าศึกษา และสามารถเอื้อประโยชน์ต่อการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตลอดจนเอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองไปสู่คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาล ตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด ซึ่งไม่เพียงแต่ความรู้ตามกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ทักษะการดูแลแบบทางเลือกหรือผสมผสาน ความเข้าใจในความหลากหลายทางวัฒนธรรม ยังรวมไปถึงการมีคุณธรรมและจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ความสามารถในการมีภาวะผู้นำ^{19,20} ซึ่งนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ได้มีทุนเดิมที่ติดตัวมาจากสนามชาติพันธุ์ ดังนี้

1) ทุนที่ได้มาจากการเป็นชาติพันธุ์ในฐานะทุนที่ได้มาตั้งแต่เกิด มุมมองโดยทั่วไปของชาวไทยที่มีต่อกลุ่มคนชาติพันธุ์ว่ามีความเป็นอยู่ที่ได้หล่อหลอมความหลากหลายให้กลายเป็นหนึ่งเดียว เป็นมุมมองที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความไม่เข้าใจเกี่ยวกับสังคมพหุวัฒนธรรม ในการอยู่ร่วมกันบนความแตกต่างและหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม²¹ และจากกระแสการพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัย (modernization) ทำให้วิถีชีวิตของคนกลุ่มนี้เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก เช่น การได้รับสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ สิทธิทางการศึกษา และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ดีขึ้น ในขณะเดียวกันก็สร้างผลกระทบทางลบตามมาด้วย เช่น ความไม่เท่าเทียมกันเรื่องสิทธิและสวัสดิการ หรือการสูญเสียอัตลักษณ์และวัฒนธรรม²² เป็นผลให้การช่วยเหลือหรือหยิบยื่นโอกาสที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือคนกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายใต้มุมมองดังกล่าว ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมหรือตรงกับความต้องการที่ตอบสนองต่อวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มคนชาติพันธุ์อย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงใช้มุมมองเรื่องทุนของบูดีเยอร์^{8,9,10} ในการพิจารณากลุ่มคนที่มี

ความแตกต่างกันในแต่ละบริบทของสนาม ซึ่งแต่ละสนามประกอบด้วยทุนที่แตกต่างกัน ทุนที่ใช้ในสนามหนึ่งอาจใช้ไม่ได้ในอีกสนามหนึ่งเป็นผลให้คนที่อยู่ในสนามต้องสร้างทุน แสวงหาทุนใหม่ที่เหมาะสมในสนามหรือทุนที่มีอยู่ในสนามเดิมนำมาใช้ประโยชน์ในสนามใหม่ได้ สำหรับทุนวัฒนธรรมทางด้านภาษาของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์อาจเป็นปัญหาลุจราง์ทางการสื่อสารในสนามของคณะพยาบาลศาสตร์ที่รูปแบบการสื่อสารแตกต่างไปจากเดิมที่ใช้ภาษาถิ่นเป็นหลักมาสู่การใช้ภาษากลางเป็นหลักและมีศัพท์เทคนิคเฉพาะทางการแพทย์เป็นจุดที่ต้องได้รับการพัฒนาและให้การช่วยเหลือ

2) ทุนจากพื้นฐานทางจิตใจที่สร้างมาจากสนามชาติพันธุ์ จากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก จากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและชุมชน ให้มีจิตใจเมตตาเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ ความขยันอดทน รับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ เพียรพยายาม มีความเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีจิตใจเมตตา เอื้ออาทรต่อผู้อื่น รับผิดชอบ เป็นคุณสมบัติพื้นฐานที่ดีต่อการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณธรรม และจรรยาบรรณในวิชาชีพต่อไปในอนาคต

3) ทุนที่ถูกสร้างขึ้นมาจากพลวัตวัฒนธรรมด้านความเชื่อ จากการได้รับการฝึกฝนในระบบการศึกษาในโรงเรียนเครือคาทอลิกให้มีระเบียบวินัย และการหล่อหลอมความคิด ความเชื่อทางศาสนา ให้มีระเบียบวินัยเป็นพื้นฐานที่ใช้ในการพัฒนาตนเองให้ไปสู่การเป็นพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้และสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้ให้เข้ากับสภาพชุมชน สภาพแวดล้อม วัฒนธรรมในท้องถิ่นของตนเอง เพื่อให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การสนับสนุนทุนการศึกษาและให้โอกาสทางการศึกษาแก่กลุ่มคนชาติพันธุ์ตามเป้าหมายการพัฒนา

ที่ยั่งยืน (sustainable development goals) ของประเทศไทย ในเป้าหมายที่ 4.5 การสร้างหลักประกันว่าทุกคนมีการศึกษาที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและเท่าเทียมและสนับสนุนโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต² โดยการสนับสนุนทุนการศึกษาให้ทุกคนในรูปแบบของทุนทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการส่งเสริมการศึกษาให้มีคุณภาพและครอบคลุมอย่างเท่าเทียม ทุนทางเศรษฐกิจอาจส่งเสริมความได้เปรียบในสนามทางการศึกษาของนักศึกษาในการเรียนในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน²³ แต่ควรคำนึงถึงกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ หรือช่องทางแหล่งสนับสนุนรองรับทุนทางวัฒนธรรม ทุนทางสังคม และทุนสัญลักษณ์เดิมที่แต่ละบุคคลมีให้ได้นำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อยอดในการสร้างทุนในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นเพิ่มเติมตลอดระยะเวลาของการศึกษาจนกระทั่งไปเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพในอนาคตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องวิถีชีวิตและการปรับตัวของนักศึกษาชนเผ่าในสาขาวิชาภาษาต่างประเทศวิทยาลัยครูปากเซ แขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวถึงวิธีการปรับตัวมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตด้านครอบครัว ด้านสังคม และด้านวัฒนธรรมควบคู่กันเพื่อนและครูมีส่วนสำคัญต่อการปรับตัวด้านการเรียนรู้ของนักศึกษาชนเผ่า²⁴

ดังนั้นการเข้ามาศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงไม่ได้ขัดต่อความเป็นชาติพันธุ์เดิมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์อาจจะมีการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนในเรื่องของรูปแบบการใช้ภาษาในการสื่อสารทั้งการอ่าน การฟัง การพูด และการเขียนที่เป็นทางการและให้เข้ากับบริบทภายในโรงพยาบาลและการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยพยาบาลควรให้การพยาบาลอย่างองค์รวม (holistic care) ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกายจิตใจ

จิตวิญญาณ รวมถึงสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยด้วย เพราะทุกมิติมีความสัมพันธ์กันและมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากนักศึกษาชาติพันธุ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร และผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์และได้รับโอกาสในการศึกษาขั้นพื้นฐานและการอบรมสั่งสอนฝึกวินัยจากผู้เผยแพร่ศาสนา การนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงอาจเป็นข้อจำกัดสำหรับนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ที่เรียนในสาขาวิชาทั่วไปที่ไม่ใช่วิชาชีพเฉพาะอย่างวิชาชีพพยาบาล และนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นชนเผ่าที่ไม่ได้นับถือศาสนาคริสต์

2. การวิจัยนี้ได้มุมมองจากตัวนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์พยาบาลวิชาชีพกลุ่มชาติพันธุ์และอาจารย์ผู้สอน อย่างไรก็ตามยังขาดมุมมองของนักศึกษาพยาบาลร่วมชั้นเรียนที่เป็นคนพื้นราบในสังคมเมือง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษพยาบาลเอกชนที่ดูแลนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ ดังนี้

1. การกำหนดเกณฑ์การช่วยเหลือด้านการศึกษาที่นอกเหนือจากค่าลงทะเบียน ควรมีการพิจารณาทุนให้ครอบคลุมเรื่องสิทธิ สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยขณะศึกษาหรือฝึกปฏิบัติงาน เป็นต้น สำหรับนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ที่ยังเข้าไม่ถึงสิทธิสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ

**ทุนเดิมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มชาติพันธุ์ที่เอื้อต่อการศึกษาลัทธิสตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต:
กรณีศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน**

2. การช่วยเหลือและพัฒนานักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์
ด้านการใช้ภาษาไทยในการสื่อสารและการเข้าใจความหมาย
ของศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ในกระบวนการเตรียม
ความพร้อมและการเรียนการสอน

3. การเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนเข้าเรียน
สำหรับนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ในเรื่องการปรับตัวให้
เข้ากับ ความแตกต่างทางด้านสังคมและวัฒนธรรมใหม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายผลการศึกษาเรื่องทุนของนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ที่ศึกษาในสาขาวิชาอื่นในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ เพื่อให้เห็นปัจจัยที่จะส่งเสริมการปรับตัว และการดูแลเรื่องการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์

2. นำผลการวิจัยเรื่องนี้ไปพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมนักศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้กระบวนการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญญานิพนธ์เรื่อง ทุนสำหรับการปรับตัวของนักศึกษาลัทธิสตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตกลุ่มชาติพันธุ์ในสนามสถาบันอุดมศึกษาเอกชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2566 ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านในการถ่ายทอดประสบการณ์การปรับตัวที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

References

1. Kumpetch J, Phuthawan T, Takudruca W, Charoensuk C. Ethnic groups in Bangkok [master's thesis]. Bangkok: Faculty of Social Sciences, Srinakharinwirot University; 2011. (in Thai)

2. Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand's SDGs report 2016–2020. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2022. Available from: https://sdgs.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2021/11/Thailands-SDGs-report-2016-2020-book_for-web-1.pdf (in Thai)
3. Office of the National Economic and Social Development Council, Office of the Prime Minister. The National Economic and Social Development Plan, Issue No. Thirteen (2023–2027). Royal Gazette, Vol. 139, dated 2022 November 1. http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/258/T_0001.PDF (in Thai)
4. Hfocus News Agency: In-depth into the Health System. TCAS67 reveals statistics of top 10 most popular fields of study, found “nursing” number 1 [Internet]. [cited 2023 August 20]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/08/28232> (in Thai)
5. Mahidol University. TCAS– Thai University Central Admission System [Internet]. [cited 2024 May 7]. Available from: <https://tcas.mahidol.ac.th/> (in Thai)
6. Praboromarajchanok Institute. PI Admission [Internet]. [cited 2024 May 7]. Available from: https://admission.pi.ac.th/?page_id=3567 (in Thai)
7. Thai PBS. Fulfilling her dreams, a female student from Mani ethnic is admitted to the nursing faculty [Internet]. [cited 2022 February 3]. Available from: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/312289> (in Thai)
8. Yanyongkasemsuk R. Concepts of class and capital of Pierre Bourdieu. Burapha Journal of Political Economy. 2014;2(1):29–44. Available from: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/pegbuu/article/view/199664> (in Thai)
9. Boonwanno T. The relationships among the core concepts of Pierre Bourdieu. Journal of Liberal Arts, Ubon Ratchathani University. 2022;18(1):1–33. Available from: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jla_ubu/article/view/256274 (in Thai)

10. Bourdieu P, Wacquant JD. An invitation to reflexive sociology. Chicago: University of Chicago Press; 1992.
11. Wiseso W, Sarapat P. Focused ethnographic research and understanding of Thai family caregiving in Thai sociocultural context. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2020;28(2):122–134. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/242896/165143> (in Thai)
12. Photisita C. The science and art of qualitative research. 6th ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2013. (in Thai)
13. Traimongkolkul P, Chatraporn S. Research design. 7th ed. Bangkok: Kasetsart University Press; 2012 (in Thai).
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
15. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. New Directions for Program Evaluation. 1986;(30):73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
16. Jingmak S. Mental health and psychiatry. Udon Thani: Faculty of Nursing Science, Udon Thani Rajabhat University Press; 2020. (in Thai)
17. Assawarangseekul N. Problem of ethnic groups in Thailand: Cultural identity changes. Paper presented at: National Academic Conference Rangsit University; 2019 April 26; Pathum Thani. Available from: <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2019/NA19-089.pdf> (in Thai)
18. THECITIZEN.PLUS Thai PBS. The new generation of tribes and His Majesty King Rama IX [Internet]. 2017 August 9 [cited 2023 May 7]. Available from: <https://thecitizen.plus/node/21115> (in Thai)
19. Malaiphong P. Characteristics of nurses that are the goal of the Nursing Council [master thesis on the internet]. Bangkok: College of Management Mahidol University; 2023 [cited 2023 August 9]. 66 p. Available from: <https://archive.cm.mahidol.ac.th/handle/123456789/5114> (in Thai)
20. Somsap Y, Waree A. Thai nurse brand in the 21st century: challenges for nursing profession. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019;39(3):169–178. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/218966> (in Thai)
21. Thamsena A. Ethnic groups are not other people [Internet]. Thai PBS: The Active; 2021 November 10 [cited 2023 July 4]. Available from: <https://theactive.net/read/the-indigenous-peoples-of-thailand/> (in Thai)
22. Bureau of Ethnic Affairs, Department of Social Development and Welfare. Ethnic groups and indigenous peoples [Internet]. [cited 2024 May 9]. Available from: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/download/article/article_20131226182557.pdf (in Thai)
23. Ngamyang S, Daoudom P, Pipatpen M. Tutoring transforming economic capital to the advantage of elite students in education field. Journal of Buddhist Social Sciences and Anthropology. 2020;5(10): 149–64. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/245193/167251> (in Thai)
24. Sitthirath K, Panyapa R, Phakphian P. The lifestyle and adjustment of tribal students in Foreign Language Department Paksé Teacher Training College, Champasak Province, Lao People's Democratic Republic. Journal of Local Governance and Innovation. 2023; 7(2):187–204. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JLGISRRU/article/view/267238/179123> (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ต่อความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹

ณงญา ธนกิจธรรมกุล วท.ม.²

พิมพ์ภา ปัญญาใหญ่ พย.ม.³

ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ พย.ม.⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อสม. มีข้อจำกัดด้านความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ดังนั้นการส่งเสริม อสม. ให้มีความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จะช่วยให้ อสม. สามารถนำความรู้มาใช้ในการจัดการสุขภาพตนเองและสามารถให้คำแนะนำแก่ประชาชนได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของ อสม.

การออกแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 70 คนที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 2 แห่งในจังหวัดทางภาคเหนือ เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า และสุ่มตำบลเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็นเวลา 14 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายในกลุ่มโดยใช้การทดสอบทีคู่ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มโดยใช้การทดสอบทีอิสระ

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ($M = 170.86$, $SD = 6.86$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 132.83$, $SD = 16.00$, $t = -13.610$, $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 136.49$, $SD = 12.36$, $t = -14.382$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสามารถเพิ่มความรู้ของ อสม. ได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม อสม. ให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ดังนั้นควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะแก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้การใช้ยาปฏิชีวนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วันที่ได้รับ 10 เม.ย. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 27 ก.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 5 ส.ค. 67

¹ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยพายัพ

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ E-mail: Nayada54@gmail.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

⁴อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

Effects of a Rational Antibiotic Use Literacy Promotion Program on Rational Antibiotic Use Literacy in Village Health Volunteers¹

Nayada Thanakijtummakul, M.S.²

Pimpaka Panyoyai, M.N.S.³

Sirakarn Chantachaloempong, M.N.S.⁴

Extended Abstract

Introduction Village Health Volunteers (VHVs) are health professionals playing crucial roles in developing community health. Previous studies have shown that VHVs have limited antibiotic use literacy and behaviors. Therefore, promoting rational antibiotic use literacy for VHVs can help them to manage their own health and provide proper advice to the community.

Objective To investigate the effects of a rational antibiotic use literacy promotion program on rational antibiotic use literacy in VHVs

Design A quasi-experimental study with two-group, pre and post-test design

Methodology The participants included 70 VHVs working for two health-promoting hospitals in a province of the northern region. Purposive sampling was used to select participants based on the inclusion criteria. The two sub-districts were randomly assigned into experimental and control groups, with 35 participants per group. The control group received usual care, while the experimental group received usual care and a 14-week rational antibiotic use literacy promotion program. Research instruments consisted of two parts: 1) a rational antibiotic use literacy promotion program and a manual on rational antibiotic use, and 2) questionnaires on personal data and rational antibiotic use literacy. The rational antibiotic use literacy questionnaire was validated, resulting in a content validity index of .93 and Cronbach's Alpha coefficient of .80 for reliability. Personal data were analyzed using descriptive statistics. Paired t-test was used for within-group comparisons, and the Independent t-test was used for between-group comparisons of rational antibiotic use literacy.

Results Most of the participants were female, with a mean age falling in adulthood. There were no significant differences in demographic data between the control and experimental groups. After participating in the program, the experimental group had rational antibiotic use literacy ($M = 170.86$, $SD = 6.86$) significantly higher than before the program ($M = 132.83$, $SD = 16.00$, $t = -13.610$, $p < .001$) and higher than the control group ($M = 136.49$, $SD = 12.36$, $t = -14.382$, $p < .001$).

Recommendation The rational antibiotic use literacy promotion program effectively improved literacy among VHVs. This program can serve as a guideline for promoting desirable behaviors related to rational antibiotic use in VHVs. Thus, activities that promote literacy about rational antibiotic use should be continuously provided for them.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 406-421

Keywords health literacy / antibiotic use literacy / village health volunteers

Received 10 April 2024, Revised 27 July 2024, Accepted 5 August 2024

¹This research was supported by Payap University

²Corresponding author, Lecturer, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiangmai, Thailand Email: Nayada54@gmail.com

³Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiangmai, Thailand

⁴Lecturer, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiangmai, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาปฏิชีวนะเป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ต่อมาพบว่าประสิทธิภาพของยาเริ่มลดลง โดยมีสาเหตุมาจากการใช้ยาเกินความจำเป็นไม่สมเหตุผล¹ นำไปสู่การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล คือ การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้รับยาเกินความจำเป็นซึ่งอาจเกิดผลกระทบจากเชื้อดื้อยา การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก จากข้อมูลในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิร้อยละ 51.4 – 76²⁻⁴ สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2553 พบว่ามีการผลิตและนำเข้ายาปฏิชีวนะสูงสุดโดยมีมูลค่ารวมประมาณ 2 หมื่นล้านบาท⁵ และมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะโดยแพทย์มากกว่าร้อยละ 40⁶ จากการสำรวจของกรมอนามัยปี พ.ศ. 2566 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องว่ายาปฏิชีวนะกับยาแก้ปวดไม่ใช่นิยัตินเดียวกัน ยาปฏิชีวนะไม่สามารถรักษาไข้หวัดได้ และยาปฏิชีวนะไม่สามารถฆ่าเชื้อไวรัสได้ คิดเป็นร้อยละ 36.3, 32.3 และ 25.5 ตามลำดับ ความเข้าใจดังกล่าวส่งผลให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น⁷ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลจึงทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพผู้ใช้ยาและเศรษฐกิจของประเทศตามมา

ผลกระทบจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลด้านประสิทธิภาพของยาพบว่าทำให้เกิดการดื้อยาต้องเปลี่ยนไปใช้ยาปฏิชีวนะอื่นที่ออกฤทธิ์มากขึ้น อาจใช้ยารักษาร่วมกันมากกว่าหนึ่งชนิด⁸ จากข้อมูลทั่วโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 ราย⁹ ในประเทศไทยพบว่าการดื้อยาจากการติดเชื้อแบคทีเรียประมาณปีละ 88,000 ราย โดย

เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อดื้อยา ด้านความปลอดภัยในการรักษา พบว่ามีการใช้ยามากเกินความจำเป็นพบได้บ่อยในโรคติดเชื้อในระบบการหายใจ ส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลสด¹⁰ บางรายเกิดอาการแพ้ยา พบผื่น ลมพิษ คันตามร่างกาย กรณีแพ้รุนแรงทำให้เกิดภาวะช็อก และเสียชีวิตได้ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ พบว่าการดื้อยาบางชนิดหากไม่มียารักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยจะเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาใช้เวลารักษานานขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตสูง ซึ่งมูลค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาคิดเป็น 2,539–6,084 ล้านบาท เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมไม่ต่ำกว่า 40,000 ล้านบาท¹¹ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลส่งผลกระทบอย่างมาก โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเกิดจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในส่วนของผู้ให้บริการ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ขาดความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มุ่งให้หายจากอาการป่วยโดยเร็ว ประกอบกับความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ที่เชื่อว่ายาทำให้หายจากอาการป่วยเร็วขึ้น ทำให้เกิดการร้องขอยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเกินความจำเป็น¹¹ ส่วนของผู้รับบริการจากการสำรวจของกรมอนามัยปี พ.ศ. 2566 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเชื่อว่ายาปฏิชีวนะกับยาแก้ปวดเป็นยาชนิดเดียวกัน สามารถรับประทานได้บ่อยครั้งโดยไม่เกิดผลข้างเคียง (ร้อยละ 25.4) ไม่ทราบว่า การได้รับยาปฏิชีวนะบ่อยครั้งก่อให้เกิดผลข้างเคียง (ร้อยละ 33.0) และหากอาการดีขึ้นสามารถหยุดรับประทานยาได้ (ร้อยละ 3.2) ไม่ทราบว่า ควรหยุดยาปฏิชีวนะเมื่อรับประทานครบถ้วนตามที่

แพทย์แนะนำ (ร้อยละ 6.4)⁷ และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ในประชากรกลุ่มนี้พบว่า ไม่ได้รับข้อมูล (ร้อยละ 68.7) และไม่ทราบ (ร้อยละ 2.3)⁷ ดังนั้น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องจะทำให้ประชาชนมีความรู้ สามารถใช้ยาปฏิชีวนะด้วยตนเองได้ตรงกับโรค ถูกขนาด ซึ่งจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2563 พบว่า ประชาชนไทยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 24.30)¹² ดังนั้น การมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องจะทำให้เข้าใจหลักการใช้อย่างถูกต้อง และมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use, RDU) หมายถึง การที่ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็น และได้รับยาที่เหมาะสมกับความจำเป็นด้านสุขภาพในขนาด และระยะเวลาที่ถูกต้อง เกิดเป็นค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดต่อตัวผู้ป่วยและสังคม¹³ ในประเทศไทยการใช้ยาอย่างสมเหตุผลถูกกำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติด้านยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 แม้จะมีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ประชาชนที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้องจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุกร่วมด้วยเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานเชิงรุกร่วมด้วยและเป็นผู้ในการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชน เนื่องจากเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและครอบคลุมอยู่ทุกพื้นที่

จึงต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถทันเหตุการณ์ตามยุคสมัยการเปลี่ยนแปลงไปของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ถือเป็นเครือข่ายกำลังคนภาคประชาชนที่สำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาศักยภาพเพื่อให้สามารถแนะนำ เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ¹⁴ การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การใช้ยาเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด¹⁵ ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของ อสม. จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. พบว่า อสม. มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา รองลงมาคือการได้รับข่าวสารด้านยา¹⁶ แต่การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า อสม. มีความเข้าใจเรื่องหลักการใช้ยาปฏิชีวนะน้อยมาก เพียงร้อยละ 12.5¹⁷ จากข้อมูลดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญและดำเนินการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ได้มีการกำหนดบทบาทใหม่ของ อสม. 4.0 ที่มุ่งเน้นให้มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นจิตอาสา และผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยนำองค์ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมาผสมผสานกับความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และ

สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับความหมายยาปฏิชีวนะ ยาปฏิชีวนะที่ใช้บ่อย ข้อบ่งใช้ และอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นแก่ประชาชนได้จากการสำรวจข้อมูล อสม. จำนวน 30 ราย ในพื้นที่ตำบลบ้านธิ จังหวัดลำพูน แบบไม่เป็นทางการในเดือนสิงหาคม ปีพ.ศ. 2565 โดยทีมผู้วิจัย พบว่า ปัญหาสำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลคือ อสม. มีความรู้ความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม เช่น การเรียกยาปฏิชีวนะว่า ยาแก้ไอเสบ จึงทำให้เกิดความเข้าใจสรวพรคุณผิด และนำไปใช้อย่างไม่สมเหตุผล จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า หาก อสม. มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งในด้านหลักการใช้ยา การเก็บรักษา การค้นหาข้อมูลยา และการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะจะทำให้ อสม. มีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างถูกต้องสามารถเป็นต้นแบบด้านสุขภาพของชุมชน และให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับประชาชนในชุมชนต่อไป

ความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลหมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ความสามารถ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับความหมายของยาปฏิชีวนะ ยาปฏิชีวนะที่ใช้บ่อย ข้อบ่งใช้ และผลกระทบจากการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น และส่งต่อข้อมูลด้านการใช้ยาปฏิชีวนะให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะมีความเข้าใจเรื่องยาปฏิชีวนะและการดื้อยาปฏิชีวนะได้ดีขึ้น และทำให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการดื้อยาปฏิชีวนะ²⁰

ดังนั้น ความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจึงมีความสำคัญทำให้เกิดความรู้ความตระหนักและนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

ทีมวิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลตามแนวคิดของ Nutbeam (2008)¹⁸ ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นทักษะทางสังคม และการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยทักษะ 3 ระดับ คือ 1) ทักษะระดับพื้นฐาน 2) ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และ 3) ทักษะขั้นวิจารณ์ญาณ โดยประเมินความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 6 องค์ประกอบ ตามที่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562)¹⁹ ได้แบ่งไว้ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดของการศึกษา

จากแนวคิดของ Nutbeam (2008)¹⁸ กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยทักษะ 3 ระดับ คือ 1) ทักษะระดับพื้นฐาน คือ ทักษะในด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน ถือเป็นทักษะเบื้องต้นที่จะนำไปสู่ทักษะที่สูงขึ้น 2) ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ คือ ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจด้านการสื่อสารและการอ่านเชิงโต้ตอบ รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร 3) ทักษะขั้นวิจารณ์ญาณ คือ นำข้อมูลข่าวสารมาประยุกต์ในเชิงเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์อย่างละเอียดซึ่งหากบุคคลมีทักษะทั้ง 3 ระดับจะเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลในการเรียนรู้ นำไปสู่การมีอิสระในการตัดสินใจและพฤติกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพที่ดีขึ้น²¹

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008)¹⁸ ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (A rational antibiotic use literacy promotion program) ของ อสม. โดย 1) ทักษะพื้นฐาน เน้นการอ่านฉลากยา การสืบค้นข้อมูลยาจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและน่าเชื่อถือ 2) ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เน้นการทำกิจกรรมกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเลือกใช้และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน และ 3) ทักษะขั้นวิจารณ์ญาณ เน้นการประยุกต์ใช้ข้อมูล

เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบ และจัดการสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในชีวิตประจำวันได้ ทีมผู้วิจัยได้จัดทำแผนกิจกรรมจากการทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่ม (group learning) 2 ด้าน คือ 1) ด้านการเรียนรู้ (learning activities) และ 2) ด้านการฝึกทักษะ (skill training activities) ดำเนินกิจกรรมตามระดับความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008)¹⁸ และประเมินความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (rational antibiotic use literacy) ของ อสม. ตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁹ 6 องค์ประกอบ 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการเรียนรู้องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access to health information and health services) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลยาปฏิชีวนะ และการฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูลยาปฏิชีวนะจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ (knowledge and understanding) ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 2) ด้านฝึกทักษะ องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (communication skills) ประกอบด้วย การฝึกทักษะการสื่อสารการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ (decision-making skills) ประกอบด้วย การวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skills) ประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติจัดการยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมด้วยตนเองผ่านสถานการณ์ที่กำหนด และองค์ประกอบที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ประกอบด้วย การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ (Figure 1)

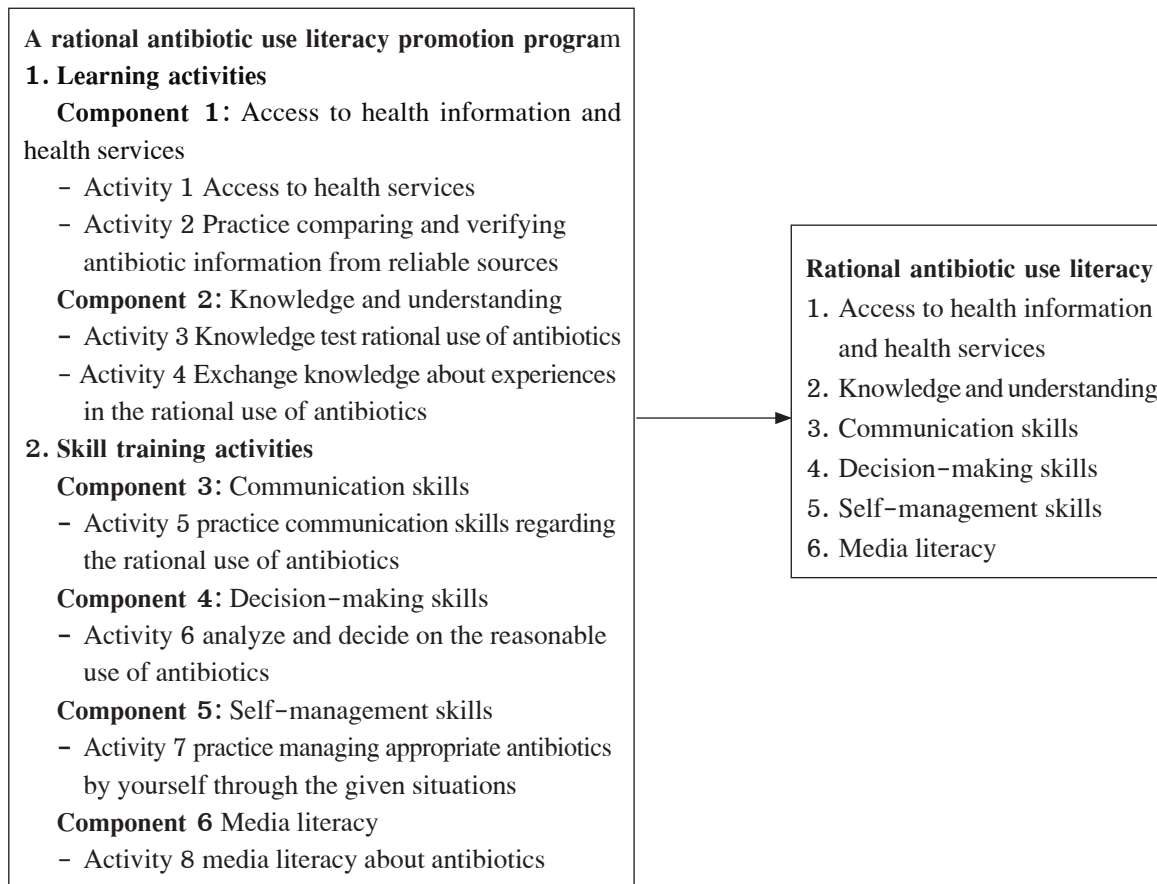


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน ประจำปี พ.ศ. 2565 จำนวน 323 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน

ประจำปี พ.ศ. 2565 เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) เป็น อสม. ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาบ และในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไซ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน 2) ระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป และ 3) สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดโครงการ จัดเข้ากลุ่มโดยการจับฉลากได้กลุ่มทดลองเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาบ และกลุ่มควบคุมเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของตำบลบ้านห้วยไซ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ที่มวิจัยใช้โปรแกรมคำนวณของ G*Power กำหนดค่า effect size = 0.5 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน²² กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (type I error) = .05 และ power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่มวิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 20²³ ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมเป็นจำนวน 70 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam (2008)¹⁸ และแนวคิดของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562)¹⁹ ประกอบด้วย แผนกิจกรรม 2 ด้าน ดังนี้

1) กิจกรรมด้านการเรียนรู้องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลยาปฏิชีวนะ และกิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูลยาปฏิชีวนะจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 แบบวัดความรู้ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และกิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

2) กิจกรรมด้านฝึกทักษะ องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการสื่อสารการใช้ยาปฏิชีวนะ

อย่างสมเหตุผล องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 วิเคราะห์และตัดสินใจเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 7 ฝึกปฏิบัติจัดการยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมด้วยตนเอง ผ่านสถานการณ์ที่กำหนด องค์ประกอบที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 8 รู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ

1.2 คู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ที่มวิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายยาปฏิชีวนะ ข้อปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและปลอดภัย การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม อันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อ การดื้อยาปฏิชีวนะที่ใช้อยู่ อาการที่พบบ่อยที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม ได้แก่ อาการหวัด คอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

1.3 สื่อความรู้ และ Power point ประกอบการทำกิจกรรม ที่มวิจัยจัดทำขึ้นโดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับกิจกรรมตามใบงานในโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาในการเป็น อสม. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ การอบรมเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ

2.2 แบบสอบถามความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ที่มวิจัยสร้างโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008)¹⁸ ร่วมกับแนวคิดของกองสุศึกษากรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562)¹⁹ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ รวม 36 ข้อ คะแนนเต็ม 180 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยคะแนน 1 คะแนน คือ จริมน้อยที่สุด และ 5 คะแนน คือ จริมมากที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ²⁴ ดังนี้ 1) ไม่ดี (< 108 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี 2) พอใช้ (108–125 คะแนน หรือ 60–69% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเล็กน้อยและอาจมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง 3) ดี (126–143 คะแนน หรือ 70 – 79% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง และ 4) ดีมาก (144–180 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่มากพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล คู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และแบบประเมินความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการใช้ยา

อย่างสมเหตุผลจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน เภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการใช้ยาปฏิชีวนะจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำโปรแกรมและคู่มือไปทดลองใช้กับ อสม. ในตำบลบ้านธิ จำนวน 30 ราย ในเดือนมีนาคม 2566 เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ได้เท่ากับ .93 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁵

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลไปทดลองใช้กับ อสม. ในตำบลบ้านธิที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²²

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากสำนักงานจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (study code: 2566 – EXP009) อนุมัติ ณ วันที่ 20 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรม โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมผู้วิจัย ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค จำนวน 3 ท่าน ที่ให้

บริการวิชาการในพื้นที่อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบที่มีข้อตกลงร่วมมือกันทางวิชาการ (Memorandum of Understanding, MOU) กับมหาวิทยาลัยพายัพ ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อผ่านสำนักวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยพายัพ ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยถึงสาธารณสุข จังหวัดลำพูน และติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ รพ.สต. ห้วยยาบ และบ้านห้วยไซเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชาสัมพันธ์เชิญชวนการเข้าร่วมโครงการวิจัยผ่านโปสเตอร์ที่ รพ.สต. ทั้ง 2 แห่งล่วงหน้า 2 สัปดาห์

2. ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่ม

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลแบบปกติ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-7 ภายหลังการตอบแบบสอบถาม กลุ่มควบคุมได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกรณีที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยาจะสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรณีเจ็บป่วยและได้รับยาปฏิชีวนะจะได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาจากสถานบริการสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 8 ทำแบบสอบถามความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลด้วยตัวเองอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ทีมวิจัยรับแบบประเมินคืนและตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ

สัปดาห์ที่ 15 ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมในกลุ่มควบคุม ทีมผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง เริ่มดำเนินโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ที่ รพ.สต. ห้วยยาบ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 8 จัดฉลากแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน มอบคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล สำหรับ อสม. และจัดกิจกรรม 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลยาปฏิชีวนะ โดยบรรยายประกอบการสาธิต และสาธิตย้อนกลับ การค้นหาข้อมูล และการใช้สื่อต่าง ๆ ในการสืบค้น แหล่งข้อมูลยาปฏิชีวนะที่น่าเชื่อถือ เพื่อพัฒนาทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูลยาปฏิชีวนะจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ โดยให้ฝึกค้นหาข้อมูลยาปฏิชีวนะได้แก่ฉลากยาเว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบและเปรียบเทียบจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 9 จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยทีมวิจัยบรรยายให้ความรู้ตามคู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ผ่านสื่อความรู้ และ Power point ภายหลังเสร็จสิ้นให้กลุ่มตัวอย่างสอบถาม และทำแบบวัดความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จำนวน 10 ข้อ

กิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาอาการหวัด ท้องเสีย แลกเปลี่ยนประสบการณ์แพ้ยา

กิจกรรมที่ 5 ทีมวิจัยบรรยายแนวทางการสื่อสารผ่าน Power point และให้ชมวีดิทัศน์การสื่อสารแล้วแสดงความคิดเห็น หลังจากนั้นให้ฝึกทักษะการสื่อสารถ่ายทอดประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะ ให้ตัวแทนกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์อีกครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 10 จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มตามโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล แบ่งเป็น 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 วิเคราะห์และตัดสินใจเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยทีมวิจัยให้วิเคราะห์สถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะให้อธิบายว่าการใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละสถานการณ์เหมาะสมหรือไม่ พร้อมทั้งบอกวิธีการแก้ไข ภายหลังทำกิจกรรมกลุ่มแต่ละกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์และอภิปรายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 7 ฝึกปฏิบัติจัดการยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมด้วยตนเองผ่านสถานการณ์ที่กำหนด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยทีมวิจัยให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์การจัดการอย่างไรให้ปลอดภัยจากการใช้ยาจากสถานการณ์ที่กำหนดให้มีการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์ว่าจะจัดการตนเองอย่างไรเพื่อให้ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และหาข้อสรุปร่วมกันถึงแนวทางการปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล นำเสนอผลการประชุมกลุ่ม แสดงความคิดเห็นและร่วมกันอภิปราย

กิจกรรมที่ 8 รู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ โดยทีมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์เนื้อหาเครือข่ายสังคมออนไลน์ ให้กลุ่มตัวอย่างบอกแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ วัระบุคคลที่ปฏิบัติตัวได้เหมาะสม และไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้ให้บอกข้อคิดที่ได้จากนิทาน คือ การตรวจสอบข้อมูลก่อนการส่งต่อ ค้นหาข้อมูลก่อนนำไปใช้ หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มจัดทำเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลากยาปฏิชีวนะ การเลือกซื้อยาเมื่อเป็นหวัด ท้องเสีย และมีบาดแผล

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ถูกต้องและปลอดภัยใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4-5 สัปดาห์ที่ 11-13 ติดตามทางโทรศัพท์สอบถามการนำความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลไปใช้จริง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ใช้เวลา 15 นาทีต่อคน

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 14 ทำแบบสอบถามความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา แสดงจำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi square test) และการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองโดยใช้การทดสอบทีคู่ (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองโดยใช้ Independent t-test

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลความรอบรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลด้วย Kolmogorov-smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 88.57, กลุ่มควบคุมร้อยละ 80.00) อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (กลุ่มทดลอง M = 56.34, SD = 6.11, Min = 38, Max = 64; กลุ่มควบคุม M = 55.77, SD = 6.69,

Min = 35, Max = 63) มีสถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 74.28 กลุ่มควบคุมร้อยละ 82.85) กลุ่มทดลอง จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 54.29) กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 45.71) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.14 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (กลุ่มทดลองร้อยละ 60.00, กลุ่มควบคุมร้อยละ 77.14) ระยะเวลาในการเป็น อสม. มากที่สุดคือ 11-15 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 25.71, กลุ่มควบคุมร้อยละ 22.86) เคยได้รับการอบรมเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ มาก่อน (กลุ่มทดลองร้อยละ 34.29, กลุ่มควบคุมร้อยละ 51.43) เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมาก่อน (กลุ่มทดลองร้อยละ 82.86, กลุ่มควบคุมร้อยละ 80.00) โดยแหล่งข้อมูลของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ได้มาจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Table 1 Comparisons of rational antibiotic use literacy between the experimental (n=35) and control (n=35) groups

Rational antibiotic use literacy	Experimental group			Control group			t	p-value
	M	SD	Level	M	SD	Level		
Before	132.83	16.00	Good	137.97	12.68	Good	1.636	.140
After	170.86	6.86	Excellent	136.49	12.36	Good	-14.382	< .001

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด

ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ในการใช้ ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยใช้ Paired t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี ($M = 132.83$, $SD = 16.00$) ภายหลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ($M = 170.86$, $SD = 6.86$) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.610$, $p < .001$)

ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลแบบปกติโดยใช้ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลภายหลังทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ใน ระดับดีมาก ($M = 68.071$, $SD = 68.6$) และสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่อยู่ในระดับดี ($M = 136.40$, $SD = 63.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.382$, $p < .001$) (Table 1)

ของ Nutbeam (2008)¹⁸ และแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562)¹⁹ ประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาทักษะ การเข้าถึงข้อมูลยาปฏิชีวนะ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งข้อมูล จากบุคลากรทางการแพทย์เป็นพื้นฐานที่มีอยู่เดิม เมื่อได้รับการส่งเสริมด้านแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูล ได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสามารถ

ทำความเข้าใจข้อมูลด้วยตนเองได้มากขึ้น แสดงถึง การมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ดี เชื่อมโยงสู่ การเรียนรู้แบบกลุ่มทำให้กลุ่มทดลองมีทักษะการตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เหตุผล สามารถแลกเปลี่ยน เรียนรู้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือรวมทั้งการแก้ปัญหาาร่วมกัน และการฝึกทักษะการสื่อสารถ่ายทอดประสบการณ์ การใช้ยาปฏิชีวนะ สามารถนำทักษะดังกล่าวมาปรับ ใช้ได้อย่างเหมาะสม และตัดสินใจในการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้อย่างปลอดภัย สามารถให้คำแนะนำและบอกต่อบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่มีความละเอียด สนใจ ใส่ใจ มีความตระหนักในเรื่อง การใช้ยาปฏิชีวนะ ใฝ่รู้ สะแสวงหาคำตอบในการส่งเสริม สุขภาพ รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการปฏิบัติตัวด้าน สุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากกว่าเพศชาย²⁶ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็น อสม. เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพในด้านความรู้และทักษะการดูแล สุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้ง เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ และเคยได้รับการอบรมเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะมาก่อน สามารถสอบถาม ข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะได้ตลอดเวลาที่มีข้อสงสัย นอกจากนี้ ทีมวิจัยเป็นบุคคลในชุมชนที่มีความใกล้ชิด กับชุมชน เข้าใจบริบท สังคมและวัฒนธรรมของชุมชน มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ซึ่งในการดำเนินกิจกรรม ทีมวิจัยใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสาร ทำให้เกิดความเข้าใจ ที่ชัดเจนขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริม ความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่เน้น การพัฒนาความรอบรู้นอกจากนี้คู่มือการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลยังส่งผลให้อสม. กลุ่มทดลองมีความรอบรู้

ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสูงขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของPonyon²⁷ ที่พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ ในระดับดี และภายหลังโปรแกรมมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และสูงกว่าก่อนอบรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งภา อาระหง²⁸ ที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เช่นเดียวกับการ ศึกษาของสุภาพ พุทธิปัญญา²⁹ ที่พบว่ากระบวนการ กลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีส่วนร่วมและเสนอ ความคิดเห็น ทำให้สามารถเข้าใจแจ่มแจ้งแตกฉานมากขึ้น โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุผลจึงมีประสิทธิภาพที่ดีในการส่งเสริมการดูแล สุขภาพซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. 4.0 ให้มีความรอบรู้ และนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การออกแบบวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผล ภายหลังโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเท่านั้น ไม่ได้มีการติดตามผล จึงไม่สามารถประเมินความคงอยู่ของความรอบรู้ได้
2. การศึกษาครั้งนี้ทำการคัดกรองภาวะการรู้คิด บกพร่องในกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยการ ประเมินเบื้องต้นด้านการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล เท่านั้นไม่ได้้นำเครื่องมือประเมินมาใช้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. อสม.สามารถนำความรอบรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผล ไปปรับพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่าง เหมาะสมสำหรับประชาชนในชุมชน เพื่อปรับปรุงและ ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เป็นไปตาม แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลในชุมชน

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ไปใช้ส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของ อสม. ในชุมชนที่มีบริบทคล้ายกัน

References

1. Jongtrakul P. Rational drug use (RDU) to patient safety. Nonthaburi: Healthcare Quality Assurance Institute (Public Organization); 0152. (in Thai)
2. Iwata K, Fukuchi T, Hirai M, Yoshimura K, Kanatani Y. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions after the great east Japan earthquake. *Medicine*. 2017; 96(15):e6625. Available from: <https://doi.org/10.1097/md.0000000000006625> PMID:28403114
3. Saleem Z, Saeed H, Hassali MA, Godman B, Asif U, Yousaf M, et al. Pattern of inappropriate antibiotic use among hospitalized patients in Pakistan: a Longitudinal surveillance and implications. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2019; 8:188. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13756-019-0649-5> PMID: 31768252
4. Zhao H, Wei L, Li H, Zhang M, Cao B, Bian J, Zhan S. Appropriateness of antibiotic prescriptions in ambulatory care in China: a nationwide descriptive database study. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(6):847-57. Available from: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30596-x](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30596-x) PMID: 33515511
5. Phumart P, Phodha T, Thamlikitkul V, Riewpaiboon A, Prakongsai P, Limwattananon S. Health and economic impacts of antimicrobial resistant infections in Thailand: a preliminary study. *Journal of Health Systems Research*. 2012;06-253:(3)6. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3699> (in Thai)
6. Sumpradit N, Hunnangkul S, Phumart P, Prakongsai P. A survey of the antibiotic control and surveillance system and measures in promoting rational use of antibiotics: preliminary results. *Journal of Health Systems Research*. 2012;6(3):361-73. (in Thai)
7. National Statistical Office. The 2023 health and welfare survey. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230929131150_21377.pdf (in Thai)
8. Khoka A. Antibiotics and antibiotic resistance. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 2020;27(2):125-39. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/244782/166171> (in Thai)
9. Ministry of Public Health; Ministry of Agriculture and Cooperatives. Thailand's national strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021. Available from: <http://narst.dmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf> (in Thai)
10. Ronnarong K, Cheawchanwattana A. Knowledge of antibiotic use in upper respiratory infection, acute diarrhea, and fresh traumatic wound of village health volunteers in Chaiyaphum Province. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2021;13(3):693-703. (in Thai)
11. Watphimai S, Chanthapasa K, Areemit J. Opinions of doctors on the implementation of rational drug use policy: a case study of a province in Northeastern Region. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2020;12(1):114-27. (in Thai)
12. Kaewkhankhaeng W, Laoprasert† T, Khotchalai S, Kirivan S, Kosiyaporn H, Lekagul A, et al. Knowledge and awareness of antibiotic use and antimicrobial resistance: a survey in Fisheries Officers of Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 2022;16(4):505-22. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5791> (in Thai)

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลต่อความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

13. Thammatacharee N, Tomacha N, Pannarunothai S. Advocacy on rational drug use policy in Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 2022;16(3): 281–88. (in Thai)
14. Thotet P. A Study of the Competency Development Model for village health volunteers 4.0 North Region, 2018. *Journal of Human Society*. 2022;34–44. (in Thai)
15. Rasiri S, Intarakumhang Na Rachasima S., Rasiri T. The role of Thai public health volunteers. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*. 2021;7(2):80–97. (in Thai)
16. Komwong D, Sangkhawat T. Factors affecting drug use behaviors of village health volunteers. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2012;7(3):121–6. Available from: <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/2969/2989> (in Thai)
17. Ngasangsai P, Sornseeyon P, Phattarabenjapol S. A case study of health literacy of village health volunteers. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2014; 9 Suppl:82–7. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/view/16320/14864> (in Thai)
18. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008; 67(12):2072–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050> PMID: 18952344
19. Health Education Division, Department of Health Service Support Building, Ministry of Public Health. Health Education Program for health literacy on the rational use of medicines for village health volunteers and working people. (2562). Available from: <http://203.157.7.66/linkHed/396> (in Thai)
20. Mostafa A, Abdelzaher A, Rashed S, AlKhawaga SI, Afifi SK, AbdelAlim S, et al. Is health literacy associated with antibiotic use, knowledge and awareness of antimicrobial resistance among non-medical university students in Egypt? A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021;11(3):e046453. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046453> PMID: 33649060
21. Frisch A, Camerini L, Diviani N, Schulz PJ. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*. 2011;27(1):117–126. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar043>
22. Wattanakul S, Chidnayee S, Sasow P, Tariya D, Panwarin S, Nitirat P. Rational drug use literacy of village health volunteer. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 2020;12(2):72–82. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/246592/167099> (in Thai)
23. Thato R. *Nursing research: concepts to application*. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
24. Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Health Education Division. *Strategies for promoting health literacy and health behavior*. Bangkok: Samcharoen Phanich (Bangkok); 2018. (in Thai)
25. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 6th ed. St. Louis (MO): Saunders; 2008.
26. Norasing M, Thanomphan S. Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakornping Hospital, Chiang Mai. *Journal of Nakornping Hospital*. 2019;10(1):35–50. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnkp/article/view/230076/164067> (in Thai)
27. Ponyon N. Health literacy and health behaviors in rational drug use among village health volunteers, Thatphanom District, Nakhon Phanom Province. *Research and Development Health System Journal*. 2023;16(3): 333–47. (in Thai)

28. Arahung R, Hoontrakul S, Roojanavech S. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. Royal Thai Navy Medical Journal. 2018;45(3):509-26. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/140049> (in Thai)
29. Puttapunyo S, Toontom N, Putthanachote N. Effectiveness of a health behavior development program on health literacy, weight loss behavior and weight of overweight personnel in Roi Et Hospital, Mueang District, Roi Et Province, Thailand. Journal of Nursing and Education. 2016;9(4):42-59. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกลต่อระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ¹

มลฤดี สิงหล, พย.ม.²

อุษาวดี อัครวิเศษ, Ph.D. (Nursing)³

เกศศิริ วงษ์คงคำ, ป.ร.ด. (การพยาบาล)⁴

ชูศักดิ์ เกษมศานต์, พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์⁵

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มีดัชนีการรักษาค่อนข้างแคบ มีความเสี่ยงในทางคลินิกสูงหากระดับค่าการแข็งตัวของเลือดไม่อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา ส่งผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตันตามร่างกายได้ ต้องมีการติดตามวัดระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกลเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้ ดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม เข้ารักษาจนจำหน่ายกลับบ้านตลอดจนติดตามให้คำปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและสามารถปฏิบัติตัวขณะใช้ยาได้อย่างถูกต้องส่งผลให้ระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเป้าหมายการรักษาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกลต่อระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ

การออกแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 66 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกลุ่มละ 33 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและข้อมูลยาที่ได้รับ ติดตามดูแลภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ผ่านสมาร์ทโฟน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและบันทึกระดับค่าการแข็งตัวของเลือด ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับค่าการแข็งตัวของเลือดระหว่างกลุ่มด้วยการทดสอบทีอิสระ และเปรียบเทียบระดับค่าการแข็งตัวของเลือดระหว่างกลุ่มโดยการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับการแข็งตัวของเลือดในสัปดาห์ที่ 2 ($M = 2.58, SD = 1.11$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.33, SD = .1.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.425, p = .018$) และค่าเฉลี่ยระดับการแข็งตัวของเลือดในสัปดาห์ที่ 6 ($M = 2.20, SD = 0.78$) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.19, SD = 1.16$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.066, p < .001$) การเปรียบเทียบระดับค่าการแข็งตัวของเลือด พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.364, p = .037$)

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจมีระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเป้าหมายการรักษา ดังนั้นพยาบาลควรบูรณาการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกลในการปฏิบัติกรพยาบาลและติดตามเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ โปรแกรมการดูแลผ่านสื่อทางไกล ระดับค่าการแข็งตัวของเลือด การผ่าตัดลิ้นหัวใจ

วันที่ได้รับ 19 เม.ย. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 20 พ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 31 พ.ค. 67

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชสันติสาส์น สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁵นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

The Effects of a Telehealth Program on International Normalized Ratio Levels in Patients Undergoing Valvular Heart Surgery¹

Monrudee Singhol, M.N.S.²

Usavadee Asdornwised, Ph.D. (Nursing)³

Kessiri Wongkongkam, Ph.D. (Nursing)⁴

Choosak Kasemsarn, M.D.⁵

Extended Abstract

Introduction Patients undergoing heart valve surgery need to take warfarin, an anticoagulant with a narrow therapeutic index, which carries a high clinical risk if the International Normalized Ratio level (INR) is not within the target therapeutic range. This can lead to bleeding or blood clots. Continuous monitoring of INR levels is essential. A telehealth program provides education and manages care from initial treatment through discharge and ongoing follow-up consultations with the home healthcare team. This helps patients recognize the importance of proper medication use and maintain INR levels within the appropriate therapeutic range.

Objective To investigate the effects of a telehealth program on the international normalized ratio level in patients who underwent valvular heart surgery.

Design Quasi-experimental research with a two-group posttest design

Methodology The participants comprised 66 patients undergoing valvular heart surgery at a tertiary care hospital. The participants who met the inclusion criteria ($n = 66$) were randomly assigned to the control group ($n=33$) and the intervention group ($n=33$). The control group received only usual care. The intervention group received a usual care and telehealth program including knowledge about the disease, self-care practices, and medication details, as well as follow-up health monitoring at home and coordination with a multidisciplinary team for patient consultations via the Line application on smartphones. Data were collected using demographic data questionnaire, health condition, and International Normalized Ratio level (INR) record form. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. An Independent t-test was used to compare the differences in INR levels between groups. Targeted INR were analyzed using a Chi-square test.

Results A mean of INR level in the intervention group on week 2 ($M = 2.58$, $SD = 1.11$) was lower than the control group ($M = 3.33$, $SD = .1.21$) significantly ($t = 2.425$, $p = .018$) and a mean of INR level on week 6 after discharge from hospital ($M = 2.20$, $SD = 0.78$) was lower than the control group ($M = 3.19$, $SD = 1.16$) significantly ($t = 4.066$, $p < .001$). In addition, the targeted INR level in the intervention group was significantly higher than that of the control group on week 6 after discharge from the hospital ($\chi^2 = 4.364$, $p = .037$).

Recommendation Telehealth program combined with usual care can help patients undergoing valvular heart surgery to maintain their targeted INR levels. Therefore, nurses should integrate telehealth programs into their practice with follow-ups after discharge to ensure high-quality nursing care for patients.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 422-438

Keywords telehealth program/ international normalized ratio level/ valvular heart surgery

Received 19 April 2024, Revised 20 May 2024, Accepted 31 May 2024

¹Thesis, Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University Thailand

²Student in Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University Thailand

³Corresponding author, Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand
E-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

⁴Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University Thailand

⁵Medical Doctor, Advisory Level. Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi Province, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขความผิดปกติและบรรเทาอาการจากความรุนแรงของโรค เพิ่มสมรรถภาพทางกาย และการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ของผู้ป่วย¹ การผ่าตัดที่นิยมใช้คือวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) จากสถิติการผ่าตัดโรคลิ้นหัวใจในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนและหรือซ่อมแซมลิ้นหัวใจในปีพ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 29.96, 29.93 และ 29.35 จากจำนวนผ่าตัดหัวใจทั้งหมด² หลังผ่าตัดซ่อมแซมและหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อหรือชนิดโลหะนั้นจะมีความเสี่ยงที่สำคัญคือ การเกิดลิ่มเลือด ซึ่งจะไปอุดตันการเปิดปิดของลิ้นหัวใจเทียม และอาจทำให้หลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองที่มักเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง³ ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจเทียมทั้งชนิดเนื้อเยื่อและชนิดโลหะจึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในระบบไหลเวียน⁴ ซึ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจด้วยลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อจำเป็นต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือดเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังได้รับการผ่าตัด และสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจด้วยลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะนั้นต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือดตลอดชีวิต⁵

ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ได้รับความนิยมในการเลือกใช้มากที่สุดคือ ยาวาร์ฟาริน (Warfarin) ซึ่งเป็นยาชนิดรับประทาน อยู่ในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงแต่ก็มีความเสี่ยงในทางคลินิกสูงเช่นกัน เนื่องจากเป็นยาที่มีเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ที่ซับซ้อน ดัชนีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) เกิดอันตรกิริยาระหว่าง

ยาอื่นและอาหารได้มาก⁶ และการตอบสนองต่อยาในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน เช่น การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเค การใช้ยาอื่นร่วมด้วยทำให้มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา⁷ จากคุณสมบัติของยาดังกล่าวจึงต้องมีการติดตามและประเมินประสิทธิผลของยาและความเป็นพิษของยาเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับการบริหารยาให้ได้รับระดับยาที่เหมาะสม⁸ โดยการติดตามวัดค่าการแข็งตัวของเลือด คือ ค่า International normalized ratio (INR) ซึ่งระดับค่าการแข็งตัวของเลือดตามเป้าหมายการรักษา (INR target) จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมาย อยู่ในช่วง 2.0–3.0 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะอยู่ในช่วง 2.5–3.5⁹ ดังนั้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจำเป็นต้องมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และมีการตรวจติดตามค่า INR ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง¹⁰

ปัจจุบันสถาบันโรคทรวงอกมีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ เตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเป็นรายกลุ่มโดยพยาบาล คำแนะนำที่ให้ในรูปแบบเดียวกันในเรื่องการรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การดูแลแผลผ่าตัด ไม่ได้มีการประเมินความต้องการในการวางแผนจำหน่ายเป็นรายบุคคลหรือเฉพาะราย และจากประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ พบว่าในการให้ความรู้และคำแนะนำมีเวลาจำกัดเนื่องจากมีภาระงานที่มากและช่วงเวลาก่อนให้ความรู้มีจำกัด และไม่มีการติดตามผลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจตามแพทย์นัดในคลินิกศัลยกรรม

แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก มีค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่นอกช่วงเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 8.5, 9.7, 7.3 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาแอสไพรินทั้งหมดตามลำดับ¹¹ และในจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่นอกช่วงเป้าหมายมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในสมองจำนวน 3, 1, และ 8 รายตามลำดับ¹¹ และพบมีจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำในหอผู้ป่วยศัลยกรรมด้วยภาวะการมีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติมากถึงร้อยละ 20.1 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจทั้งหมด¹¹ เมื่อศึกษาถึงสาเหตุพบว่า การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ถูกต้องพบมีการรับประทานยาร่วมกับสมุนไพรรับประทานยาผิดขนาด ลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซื้อมาแก้ปวดรับประทานเอง ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการดูแลต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ยังไม่ดีพอ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านจึงควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติตัวในระหว่างที่ใช้จ่ายด้านการแข็งตัวของเลือดอย่างถูกวิธี การกระตุ้นเตือนในการรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจขึ้น อาการที่ต้องมาโรงพยาบาล รวมถึงเป็นผู้ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพและให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดขณะอยู่ที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจมีหลากหลายโปรแกรม เช่น โปรแกรมการให้ความรู้โดยการให้คู่มือการดูแลตนเอง การรับประทานยาแอสไพริน¹³ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการออกกำลังกายและให้คำปรึกษาโดยพยาบาล¹⁴ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร¹⁵ โปรแกรมการจัดการ

ตนเองต่อพฤติกรรมจัดการอาการ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และการติดตามการจัดการตนเอง¹⁶ โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดผ่านทางคอมพิวเตอร์ ให้คู่มือการปฏิบัติตัวในเรื่องอาหาร ยา ภาวะแทรกซ้อน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์⁸ แสดงให้เห็นถึงผลในทางบวกหรือประสิทธิผลของโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในเรื่องของการรับประทานอาหารและยาได้ถูกต้องเหมาะสม

อย่างไรก็ตามจากโปรแกรมที่ศึกษาข้างต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และมีระยะเวลาในการศึกษาวิจัยอยู่ระหว่าง 10-24 สัปดาห์^{8,13-16} นอกจากนี้พบว่ารูปแบบโปรแกรมการดูแลเน้นการดูแลผู้ป่วยในขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การไม่ได้รับการติดตามระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในระยะกลับบ้าน การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง จะมีผลทำให้การควบคุมระดับค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ จากการศึกษาของ จุฑามาศ จินาติย์และคณะ⁸ พบว่า ในประเทศไทยมีการให้ความรู้ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล และติดตามด้วยวิธีโทรศัพท์สอบถามภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวอยู่ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และจากการสอบถามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูล ต้องการที่ปรึกษาและที่พึ่งเมื่อกลับบ้านการติดตามการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่เป็นรูปธรรมยังมีจำกัด ประกอบกับในปัจจุบันได้นำแนวคิด eHealth ซึ่งเป็นเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการสื่อสารเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วย

โดยนำมาใช้ในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การติดตามภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการติดตามผู้ป่วย ในระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้สื่อทางไกล ในระยะเปลี่ยนผ่านจึงมีความสำคัญในการส่งเสริม การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุม ค่าการแข็งตัวของเลือดให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านสื่อทางไกลเพื่อนำไปติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดลิ้นหัวใจโดยนำระบบ Telehealth เป็นสื่อกลาง ในการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกลโดยการให้ความรู้ และคำแนะนำ เพื่อติดตาม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อถ่ายทอด ข้อมูลภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นช่องทางที่ผู้ป่วยจะติดต่อกับ ทีมสุขภาพร่วมกับการใช้โทรศัพท์¹⁷ มาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ จะสามารถควบคุม ให้ระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเป้าหมายการรักษา มากขึ้นหรือไม่ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการสื่อสาร ทางไกล เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในการ ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบบริการและประยุกต์ด้าน eHealth ที่เป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อ ทางไกลต่อระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดลิ้นหัวใจในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าน สื่อทางไกลต่อระดับค่าการแข็งตัวของเลือดและระดับ ค่าการแข็งตัวในช่วงเป้าหมายการรักษาในผู้ป่วยที่ได้ รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบระดับค่าการแข็งตัวของเลือด และระดับค่าการแข็งตัวในช่วงเป้าหมายการรักษาในผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยของระดับค่าการแข็งตัวของเลือดน้อยกว่า กลุ่มควบคุม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมี ระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในช่วงเป้าหมายการรักษา มากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแล ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional care model: TCM) ของเนเลอร์และคณะ¹⁸ มาใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วย ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยพัฒนา เป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกล (telehealth program) เพื่อติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามองค์ประกอบของ กรอบแนวคิดทั้ง 9 ส่วน คือมีการคัดกรอง (screening) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่ดีก่อนที่จะได้ จำหน่ายจากโรงพยาบาลไปที่บ้านโดยพยาบาลที่มีความ ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง (staffing) และมีการสร้างสัมพันธภาพ (maintaining relationships) พร้อมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล (engaging patient and caregiver) ในการวางแผนและ ดำเนินการตามแผนการดูแลเป็นรายบุคคลสอดคล้อง กับความต้องการของผู้ป่วย มีการประเมินอาการ อย่างครอบคลุมและค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสีย ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและอาการ (assessing/ managing risk and symptoms) มีการให้ความรู้และ ส่งเสริมการจัดการตนเอง (education/ promoting self-management) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเอง ในระยะติดตามเมื่อพบปัญหาร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพ ในการวางแผนการดูแลสุขภาพ (collaborating) ส่งเสริม

การดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประสานงาน และส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (promoting continuity) และส่งเสริมความร่วมมือกับทีมสุขภาพ สร้าง และรักษาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัวและผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมการสื่อสารและการเชื่อมต่อระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (fostering collaboration) ซึ่งกระบวนการดูแลมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อน จำหน่ายจากโรงพยาบาล และติดตามการปฏิบัติตัวของ

ผู้ป่วยที่บ้านในเรื่องการรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง ประเมินปัญหาและความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดจากความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดโดยให้ผู้ป่วย ส่งข้อมูลสุขภาพ ภาพเมนูอาหาร ข้อมูลการรับประทานยา ผ่านทาง application line ในโทรศัพท์สมาร์ทโฟน และ ให้คำแนะนำ และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (coordinator) เพื่อขอคำปรึกษาในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย แต่ละคน ประเมินผลลัพธ์ที่ระดับค่าการแข็งตัวของเลือด อยู่ในเป้าหมายการรักษา (targeted international normalized ratio, INR) (Figure 1)

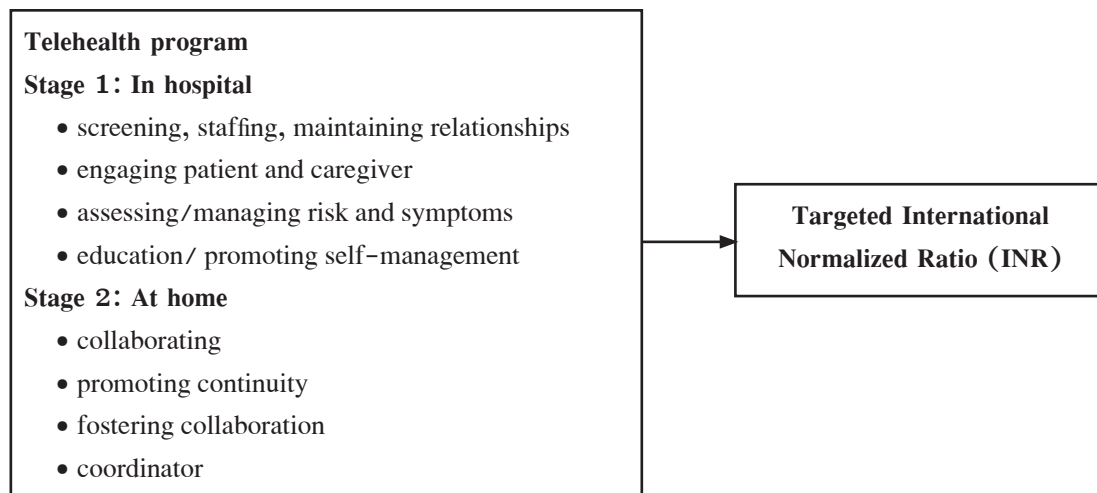


Figure 1 Conceptual Framework

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลอง (posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมและ/หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นครั้งแรกมารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

คัดเลือก ดังนี้ 1) รู้สึกตัวดี ไม่มีสภาวะโรคทางสมอง จากการประเมิน TMSE 2) ได้รับการผ่าตัดเฉพาะ ซ่อมแซมและ/หรือ เปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบนัดหมายล่วงหน้า 3) สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ 4) มีสมาร์ทโฟนเป็นของตนเอง และสามารถติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์สมาร์ทโฟน และใช้แอปพลิเคชันไลน์ (application Line) ได้ 5) ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผ่านการประเมินการรู้คิด (cognitive) โดยแบบทดสอบ สมรรถภาพสมอง TMSE ได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) 0.79 ที่ได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมา¹⁹ คำนวณขนาดตัวอย่างได้ทั้งหมด 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน¹⁹ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (12 ราย) ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 66 ราย

ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกัน selection bias และลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (allocation concealment) ผู้วิจัยบรรจุหมายเลขในซองสีน้ำตาล ปิดผนึกและให้กลุ่มตัวอย่างสุ่มหยิบของเมื่อรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลตามที่นัดหมายไว้ล่วงหน้า จนครบตามจำนวนของขนาดตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผ่านสื่อทางไกลร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย TMSE (Thai Mental State Examination) เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถภาพสมองซึ่งเป็นแบบทดสอบคัดกรอง (screening test) ที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ การรู้คิด (cognitive impairment) ในคนไทย โดยพัฒนาดัดแปลงมาจากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ Mini-Mental State Examination

(MMSE) โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองจำนวน 29 คนจาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทยแบบทดสอบนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 ด้าน คือ การรับรู้ (orientation) 6 คะแนน, การจดจำ (registration) 3 คะแนน, ด้านความใส่ใจ (attention) 5 คะแนน, ด้านการคำนวณ (calculation) 3 คะแนน, ด้านภาษา (language) 10 คะแนน และด้านการระลึกได้ (recall) 3 คะแนน โดยต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 23 คะแนน จึงตัดสินว่าการรู้คิด (cognitive) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 20 มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 82 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ ร้อยละ 70

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการดูแลผ่านสื่อทางไกล (Telehealth program) เป็นโปรแกรมการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์และคณะ¹⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเป็นสื่อกลางในการส่งข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์มือถือชนิดสมาร์ทโฟน ซึ่งใช้เป็นช่องทางในการให้ความรู้ และให้ผู้ป่วยส่งข้อมูลภาวะสุขภาพให้กับทีมผู้ดูแลเพื่อเฝ้าติดตามอาการ และส่งเสริมความรู้ในการรับประทานยาและอาหารในแต่ละวัน ตามคู่มือแนวทางการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยข้อมูลที่รับจากผู้ป่วยได้นำมาวิเคราะห์หาทางแก้ไขปัญหาล่วงหน้าช่วยเหลือผู้ป่วยและส่งต่อพร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์มือถือชนิดสมาร์ทโฟน รวมทั้งมีการรับ-ส่ง รูปภาพ ข้อความ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจวางแผน แก้ไขปัญหา เพื่อส่งเสริมให้ได้รับระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมายเฉพาะรายบุคคล

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย
ข้อคำถาม 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ระยะเวลาการเจ็บป่วย

3.2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพประกอบด้วย
ข้อคำถาม 16 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัดที่ได้รับ ชนิดและจำนวนของลิ้นหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด โรคร่วม ประวัติการใช้ยา warfarin ก่อนผ่าตัด ระดับความรุนแรงของโรคตาม NYHA class ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction, EF) ระยะเวลาผ่าตัด ระยะเวลาการได้รับยาปรับความรู้สึก ระยะเวลาในการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม ระยะเวลาในการหนีบทลอดเลือดเออร์ต้า ระยะเวลาพักรักษาตัวใน ICU จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

3.3 แบบบันทึกระดับค่าการแข็งตัวของเลือด
เป้าหมายก่อนผ่าตัด ระดับค่าการแข็งตัวของเลือดเป้าหมายหลังผ่าตัด ระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.4 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพที่บ้านสำหรับ
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นประกอบด้วย การบันทึกความดันโลหิต การบันทึกชนิดเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน บันทึกเวลารับประทานยาเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาให้ตรงเวลา ไม่ลืมรับประทานยา การบันทึกอาการผิดปกติต่าง ๆ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังตนเอง สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อาการของภาวะเลือดออกไม่รุนแรง ภาวะเลือดออกที่รุนแรง และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่
โปรแกรมการดูแลผ่านสื่อทางไกล (Telehealth)
โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหา และให้คำแนะนำโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน
5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ชำนาญการด้านศัลยกรรมหัวใจ
และทรวงอก 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ทำงาน
ด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 1 ท่าน อาจารย์
พยาบาลด้านอายุรศาสตร์โรคหัวใจ 1 ท่าน เกษัชกร
1 ท่าน และนักโภชนาการผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารสำหรับ
ผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาพิจารณา
ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไข
ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย
และหาค่า Content validity index ได้เท่ากับ 0.8

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองภายหลัง
ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (COA
No. IRB - NS2020/07.0601) คณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก
(COA No. 079 / 2564) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์
การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูล ประโยชน์และ
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางการป้องกันและ
แก้ไขหากเกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง ความสมัครใจ
ในการเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีการบังคับและสามารถ
ถอนตัวได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา การพิทักษ์สิทธิ์
การรักษาความลับ และการนำเสนอวิจัยในภาพรวม
เท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอม
เข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะลงนามเข้าร่วม
การวิจัยในหนังสือแสดงเจตนายินยอม ผู้วิจัยจึง
ดำเนินการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลัง
ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก ติดต่อขออนุมัติหนังสือเพื่อเก็บข้อมูล และขออนุญาตผู้อำนวยการ หัวหน้างานการพยาบาล ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการประชาสัมพันธ์และคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบกลุ่มละ 33 ราย

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการดูแลที่จะได้รับตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านทางสื่อทางไกล ตั้งแต่วันที่เข้าร่วมจนถึงวันสิ้นสุดโปรแกรม และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกันกลุ่มควบคุมร่วมกับได้รับโปรแกรมการดูแลผ่านสื่อทางไกล (Telehealth program) ซึ่งแบ่งขั้นตอนดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ

ระยะอยู่ในโรงพยาบาล

หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้วิจัยให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่าง และ/หรือญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในเรื่องการปฏิบัติตัวในระหว่างที่ใช้อาวาร์ฟาริน โดยใช้สื่อ Power Point ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นเวลา 30 นาที และตอบข้อซักถามสงสัยของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล พร้อมทั้งประเมินและบันทึกความเสี่ยงและปัญหาทางสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพ

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยทบทวนการนัดหมายวันที่เวลาและสถานที่ มาพบแพทย์ตามนัด การเตรียมตัวก่อนเจาะเลือดตรวจระดับค่า INR สอน

การใช้และเชื่อมต่อระบบการสื่อสารด้วย Application line ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ในการส่งข้อมูลถึงผู้วิจัยขณะอยู่ที่บ้าน สานิตการถ่ายภาพ รับ-ส่งข้อความและรูปภาพ

ระยะอยู่ที่บ้าน เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 28 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์มือถือโดยใช้ Application line มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยส่งข้อความเตือนทาง Application line ทุกวันวันละ 1 ครั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างให้ส่งข้อมูลสุขภาพ และตอบคำถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยผ่านทาง Application line

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยส่งข้อความเตือนทาง Application line ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ วันละ 1 ครั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างให้ส่งข้อมูลสุขภาพ และตอบคำถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยผ่านทาง Application line

สัปดาห์ที่ 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกข้อมูลสุขภาพในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น หากมีข้อสงสัยสามารถปรึกษาผู้วิจัยได้โดยส่งข้อความมาทาง Application line และผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวันที่ 21 และ 27 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการรวบรวมข้อมูล และฝึกประเมินอาการตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเป็นการเสริมแรงจิตใจและสนับสนุนด้านจิตใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยหลังผ่าตัดวันที่ 4 ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้านจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยด้วยการรับชมวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้รับคู่มือสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและซ่อมลิ้นหัวใจ

ของโรงพยาบาล ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย หลังผ่าตัดจากนักกายภาพบำบัดตามโปรแกรมจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมทั้งนัดหมายมาตรวจตามนัดเพื่อพบแพทย์และเจาะเลือดตรวจค่า

การแข็งตัวของเลือดที่คลินิกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Figure 2)

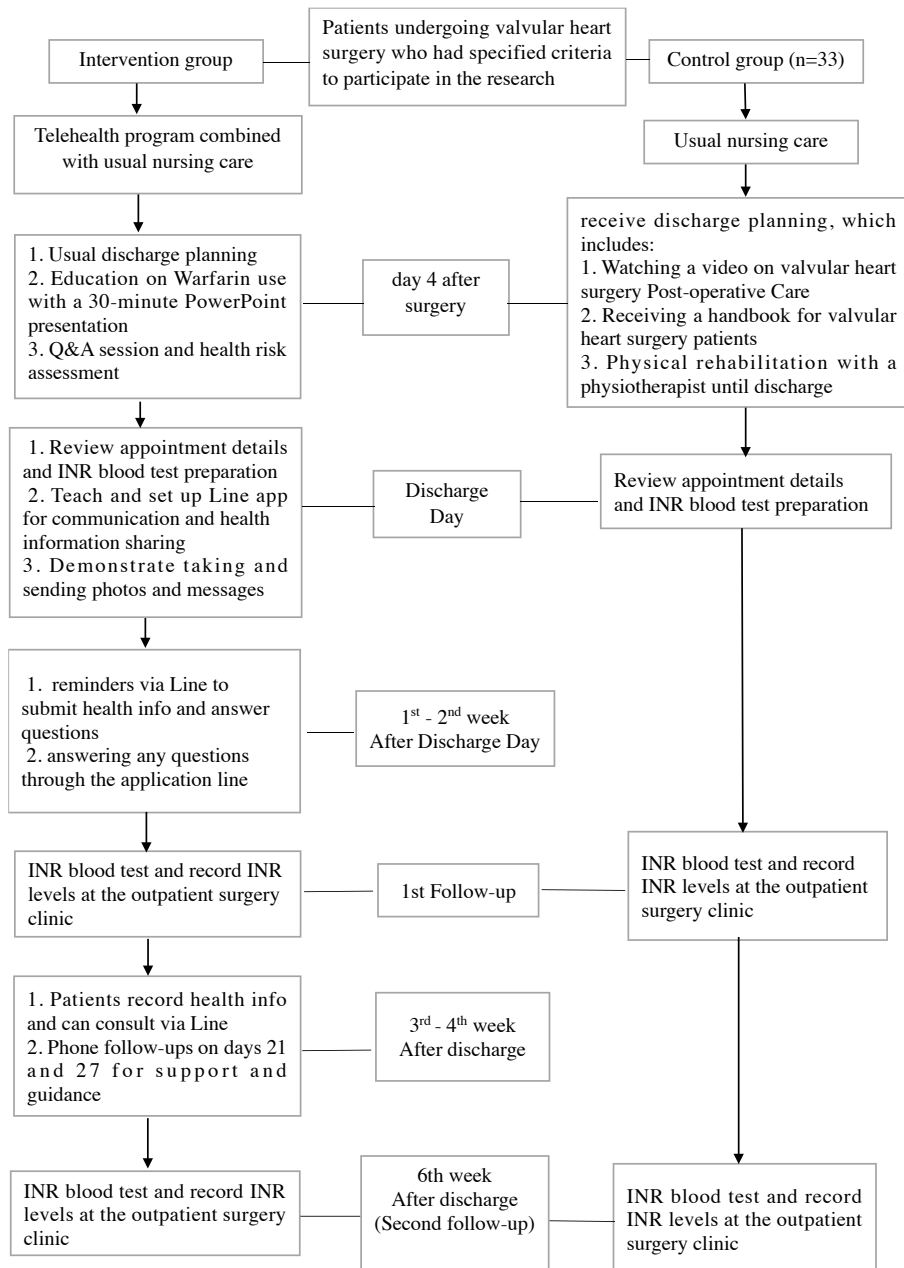


Figure 2 Data collection

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับค่าการแข็งตัวของเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test ข้อตกลงเบื้องต้น

1) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มของประชากรที่มีการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution) โดยใช้การวิเคราะห์ Kolmogorov-Smirnov test

2) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน

3) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวน (variance) เท่ากัน

4) ข้อมูลมีมาตรวัดเป็นอันตรภาค (interval scale) หรือ มาตรอัตราส่วน (Ratio scale)

4. เปรียบเทียบผลของระดับค่าการแข็งตัวของเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่กับครอบครัว โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นสามีภรรยา/บุตร ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สำหรับข้อมูลทางคลินิกพบว่า การวินิจฉัยโรคทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Table 1)

Table 1 Comparisons of demographic and clinical information between the intervention (n=33) and control (n=33) groups

Characteristic	Intervention group n (%)	Control group n (%)	Total n (%)	χ^2	p-value
Gender					
Male	17 (51.5)	17 (51.5)	34 (51.5)	0.000	1.000
Female	16 (48.5)	16 (48.5)	32 (48.5)		
Age (years)					
< 50	11 (33.3)	8 (24.2)	19 (28.8)	1.148	.284
≥ 50	22 (66.7)	25 (75.8)	46 (71.2)		
M, SD	55.42, 12.60	59.03, 12.73	57.23, 12.70		
Educational level					
Primary school	19 (57.6)	23 (69.7)	42 (63.6)	1.053	.591
Secondary/high school	10 (30.3)	7 (21.2)	17 (25.8)		
Bachelor's degree/or higher	4 (12.1)	3 (9.1)	7 (10.6)		
Marital status					
Single	3 (9.1)	17 (51.5)	34 (51.5)	0.497	.780
Married	23 (69.7)	16 (48.5)	32 (48.5)		
Widowed/divorced/separated	7 (21.2)	5 (15.2)	12 (18.2)		

Table 1 Comparisons of demographic and clinical information between the intervention (n=33) and control (n=33) groups (Cont.)

Characteristic	Intervention group n (%)	Control group n (%)	Total n (%)	χ^2	p-value
Caregiver					
Spouse/son	27 (81.8)	28 (84.8)	55 (83.3)	0.109 11 (16.7)	.741
Parent/sibling		6 (18.2)	5 (15.2)		
Previous history of warfarin					
warfarin	14 (42.4)	11 (33.3)	25 (37.9)	0.580	.447
Non-warfarin	19 (57.6)	22 (66.7)	41 (62.1)		

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับค่าการแข็งตัวของเลือด ($M = 2.58, SD = 1.11$) แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($M = 3.33, SD = 1.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับค่าการแข็งตัวของเลือด ($M = 2.20, SD = 0.78$) แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($M = 3.19, SD = 1.16$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Table 2)

Table 2 Comparisons of mean International Normalized Ratio level between the intervention (n=33) and control (n=33) groups

Time of Follow up	n	International Normalized Ratio level						t	p-value
		Intervention group			Control group				
		Min	Max	M (SD)	Min	Max	M (SD)		
2 nd week	33	1.18	5.12	2.58 (1.11)	1.13	5.86	3.33 (1.21)	2.425	.018
6 th week	33	1.10	4.67	2.20 (0.78)	1.17	5.98	3.19 (1.16)	4.066	<.001

ในการศึกษานี้มีการแปลผลระดับค่าการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ (Guideline for Warfarin Post Valve Surgery)¹¹ คือ หากระดับค่าการแข็งตัวของเลือดมีค่าอยู่ในช่วง 2-3 หมายถึง อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา และระดับค่าการแข็งตัวของเลือดมีค่าน้อยกว่า 2 และมากกว่า 3 หมายถึงอยู่นอกช่วงเป้าหมายการรักษา เมื่อเปรียบเทียบผลของระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ใน

สัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .786$) และเมื่อเปรียบเทียบผลของระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .037$) (Table 3)

Table 3 Comparisons of Targeted International Normalize Ratio level between the intervention (n=33) and control (n=33) groups

Time of Follow up	International Normalized Ratio level				χ^2	p-value
	Intervention group		Control group			
	Targeted n (%)	Non-Targeted n (%)	Targeted n (%)	Non-Targeted n (%)		
2 nd week	10(30.3)	23(69.7)	9(27.3)	24(72.7)	0.074	.786
6 th week	15(45.5)	18(54.5)	7(21.2)	26(78.8)	4.364	.037

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ มีสัดส่วนเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของภิญญรัตน์รัตนจามิตรและคณะ¹⁰ ที่ทำการศึกษาย้อนหลัง คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาแอสไพรินหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจเทียม และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งสนับสนุนงานวิจัยหลาย ๆ งานที่ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจมักอยู่ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อย^{8,12} มีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลหลักเป็นสามีภรรยาหรือบุตร คล้ายคลึงกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมักจะเป็นคนในครอบครัว¹³

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยระดับค่าการแข็งตัวของเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับโปรแกรม Telehealth นั้นจะได้รับการติดตามดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านและมีการติดตามอาการที่บ้านผ่านทางโทรศัพท์สมาร์ทโฟน รวมถึงการติดตามเยี่ยมอาการทางโทรศัพท์และในวันที่มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษาโดยกระบวนการ

ดังกล่าวมีความต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในระหว่างที่ใช้อยาวาร์ฟารินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และให้คำแนะนำการรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวพร้อมตอบข้อสงสัย และสนับสนุนการดูแลตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จินาพิทย และคณะ⁸ ที่ศึกษาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดผ่านทางคอมพิวเตอร์ ให้คู่มือการปฏิบัติตัวในเรื่องของ อาหาร ยา ภาวะแทรกซ้อน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การศึกษาแสดงให้เห็นถึงผลในทางบวกถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในเรื่องของการรับประทานอาหารและยาได้ถูกต้องเหมาะสมแต่ในการศึกษานี้ไม่ได้ทำการเปรียบเทียบ หรือติดตามระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในระยะหลังผ่าตัด หรือระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา

นอกจากนี้ผลการศึกษาสามารถสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ได้ โดยในสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีผลของระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมายรักษาไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แต่พบความแตกต่างในระยะสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายได้ว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายกันในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่สามี ภรรยา หรือบุตรมีส่วนช่วยเหลือหรือเป็นแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดี อีกทั้งยังอาจมีส่วนช่วยในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานอาหารและยา²¹ และในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลปกติเหมือนกัน ในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีเนื่องจากยังจดจำและตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารและการกินยา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่สามารถรับประทานได้ โดยการส่งข้อความและรูปภาพผ่านโปรแกรม Telehealth มาสอบถามทุกวัน เช่น ส่งรูปผักคะน้า นมจืด ไข่ผัดขิง พร้อมข้อความ “แบบนี้ทานได้ไหมครับ/ค่ะ” จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัด ได้สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่เคยลืมรับประทานยา ปฏิบัติตัวตามข้อแนะนำอย่างเคร่งครัดและมีผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวจัดยาและปรุงอาหารให้รับประทาน ทุกมื้อแต่ยังรับประทานอาหารได้ปริมาณน้อย อาจทำให้มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาแอสไพรินในช่วงแรก ทำให้ค่าเฉลี่ยระดับค่าการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มสูงกว่าระดับเป้าหมายได้เช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับ telehealth ร่วมด้วย ทั้งนี้ในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งอาจไม่นานพอสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวขณะใช้ยาแอสไพริน

จากผลการศึกษาในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีระดับการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรม Telehealth เป็นโปรแกรมที่มีรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านตามแนวคิดของเนลเลอร์และคณะ²² มีการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลและค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยให้ความสำคัญและเน้นย้ำการให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติในระหว่างที่ใช้ยาแอสไพรินที่มีเนื้อหาประกอบด้วย ยาแอสไพรินคืออะไร ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ความสำคัญของยาแอสไพริน ขนาดของการติดตามผลการรักษาของยาแอสไพริน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา การรับประทานยาแอสไพรินที่ถูกต้องและข้อควรปฏิบัติที่ควรทราบในระหว่างการใช้ยาแอสไพริน ทบทวนเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่บ้านได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา วิริยะมนต์ชัย²³ ได้ศึกษาปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินโดยการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและการปฏิบัติตัวในระหว่างรับประทานยาแอสไพริน หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการใช้ยาแอสไพรินและมีอัตราการเข้าเป้าหมาย

การรักษาของค่า INR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมการให้ความรู้โดยการให้คู่มือ การดูแลตนเอง การรับประทานยาว่าฟารินพบว่า โปรแกรมให้ความรู้เรื่องยาต้านการแข็งตัวของเลือด ชนิดรับประทานโดยพยาบาลนี้สามารถลดอุบัติการณ์ การเกิดภาวะการมีเลือดออก (Hemorrhagic) ได้ใน ระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹³ การวางแผนติดตามอาการและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่บ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพโดยการใช้เทคโนโลยีผ่านโปรแกรม Telehealth ใน Application line ในประเด็นที่ผู้ป่วย ยังมีความสงสัยและยังไม่มั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เป็นการสื่อสารสองทางทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและ คำแนะนำในปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการ จำหน่ายอย่างต่อเนื่องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทักษะและ มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถลดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของณัฏฐาภรณ์ สุทัศน์ ณ อยุธยา และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร พบว่า การติดตามทาง โทรศัพท์เมื่อร่วมกับการดูแลตามปกติในผู้ป่วยที่รับ ประทานยาว่าฟารินหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยให้ระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในช่วงเป้าหมาย การรักษา

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับแบบบันทึกข้อมูล สุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วย การบันทึกความดันโลหิต การบันทึกชนิดเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน บันทึกเวลารับประทานยาเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ รับประทานยาให้ตรงเวลาไม่ลืมรับประทานยา การบันทึก อาการผิดปกติต่าง ๆ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังตนเอง

สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อาการของภาวะ เลือดออกไม่รุนแรง ภาวะเลือดออกที่รุนแรง และ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และยังมีการติดตามเยี่ยมทาง โทรศัพท์ ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สามารถช่วยส่งเสริม และกระตุ้นการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตระหนักถึงความสำคัญ ในการดูแลสุขภาพตนเองโดยผู้วิจัยมีการสร้างแรงจูงใจ ในการกล่าวชมเชย และให้กำลังใจในการปฏิบัติตัว ซึ่งตลอดการวิจัยผู้ป่วยสามารถสอบถามปัญหาหรือ ข้อสงสัยได้ตลอดเวลาผ่านโปรแกรม Telehealth ใน Application line และเมื่อพบปัญหาผู้วิจัยร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลสุขภาพ เป็น การส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยผ่านสื่อทางไกลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ลิ้นหัวใจ นอกจากจะเป็นโปรแกรมที่ให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมตั้งแต่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลตลอดจนมีการติดตามดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน กระตุ้นแรงจูงใจ และให้คำปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพ อย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 4 สัปดาห์หลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจได้อย่างถูกต้อง ส่งผลมีระดับค่าการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเป้าหมาย การรักษาเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. พยาบาลควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรม การดูแลผ่านสื่อทางไกลในการปฏิบัติกรพยาบาลดูแล ผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านวางแผน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี ต่อผู้ป่วยต่อไป

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการกำหนดนโยบายการใช้โปรแกรมการดูแลผ่านสื่อทางไกลในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลครอบคลุมตั้งแต่ระยะโรงพยาบาลเปลี่ยนผ่านไปสู่บ้าน

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกัน อาจเกิด cross contamination ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ประสานงานที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทุกท่าน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้านี้ ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

References

1. Timby BK, Smith NE. Introductory medical-surgical nursing. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
2. The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. Statistics on heart surgery in Thailand, 2001–2017 [Internet]. Bangkok: The Society of Thoracic Surgeons of Thailand; 2560. [Cited 2020 May 17]. Available from: http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212
3. Silpipat C, Sastravaha K. Correlation between knowledge and adherence of patients to warfarin therapy and their baseline characteristics in heart valve replacement at Bhumibol hospital. Thai Heart Journal. 2012;25: 45–51.

4. Carnicelli A. Anticoagulation for Valvular Heart Disease [Internet]. Washington, DC: American College of Cardiology; 2015. [cited 2020 Oct 12]; [about 11 screens]. Available from: https://lib.swu.ac.th/images/Documents/Researchsupport/VancouverSWU_Citation260121.pdf.
5. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Guidelines for treating patients with oral anticoagulants [Internet]. 2011. [Cited 2020 May 17]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1292154183/Warfarin_Guideline_Version2.pdf.
6. Pounghom S, Hongchumpae O, Saeneaw S. The development of drug-related problems and dosage adjustment record forms for patients taking warfarin. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal. 2016;1(1): 74–84.
7. Pengkul O, Ua-kit N, Tantikosoom P. The Effect of perceived benefits of anticoagulant medication program on medication adherence in valvular replacement patients. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 2014;25(2):32–48.
8. Jinatit J, Asdornwiset U, Pinyopasakul W, Slisatkorn W. The Effectiveness of continuing care program in valvular heart surgery patients receiving warfarin on warfarin adherence and dietary consumption behavior. Nursing Science Journal of Thailand. 2015;33(1):24–32.
9. Keeling D, Baglin T, Tait C, Watson H, Perry D, Baglin C, et al. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin – fourth edition. Br J Haematol. 2011 Aug; 154(3):311–24.
10. Ratanajamit P. Anticoagulation control and clinical outcomes in mechanical prosthetic heart valve outpatients treated with warfarin at Yala Regional Hospital [Thesis, Degree of Master of Pharmacy]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2015.

11. Department of Surgery, Central Chest Institute of Thailand. Various statistical information in surgery clinics. Nonthaburi: Central Chest Institute of Thailand; 2018.
12. Kalated T, Ua-kit N. Selected Factors Related to Anti-coagulant Medication Adherence in Valvular Replacement Patients. Thai J. Cardio-Thorac Nurs. 2011;22(2):2-14.
13. Eltheni R, Giakoumidakis K, Brokalaki H, Fotos NV, Charitos C, Samiotis I, Fildissis G. The effect of a nurse-led patient education program for oral anticoagulant therapy on the incidence of thromboembolic and hemorrhagic episodes after surgical heart valve replacement. Int J Surg Med. 2017;3(1):14-20.
14. Wattradul D. Cardiac Rehabilitation : Transition care from hospital to home. Thai J Cardio-Thorac Nurs. [Internet]. 2015 Nov. 18 [cited 2024 May 31];26(1): 89-103. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/42524>
15. Pedcharat W, Namjuntra R, Binhosen V, Porapakkham P. Effects of self-management program on self-management behaviors and readmission of patients with heart failure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2018;28(2):38-51.
16. Henriksen DP, Stage TB, Hansen MR, Rasmussen L, Damkier P, Pottegård A. The potential drug-drug interaction between proton pump inhibitors and warfarin. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2015;24(12):1337-40.
17. Turk-Adawi K, Grace SL. Smartphone-based cardiac rehabilitation. Heart. 2014;100(22):1737-8.
18. Naylor MD, Bowles KH, McCauley KM, Maccoby MC, Maislin G, Pauly MV, et al. High-value transitional care: translation of research into practice. J Eval Clin Pract. 2013;19(5):727-33.
19. Sudas NA, Sakunrak I, Dhippayom T. Clinical outcomes of telemonitoring for patients on warfarin after discharge from hospital. International journal of telemedicine and applications. Int J Telemed Appl. 2018;12:2018.
20. Puangwarin N. Thai brain fitness test. Siriraj Hospital Gazette. 1993;45(6):359-74.
21. Nimworaphan M. Factors affecting anticoagulation control in outpatients treated with Warfarin at Maharaj Nakorn Chiang mai Hospital [Thesis, Degree of Master of Pharmacy]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007.
22. Hirschman KB, Shaïd E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of care: The transitional care model. Online J Issues Nurs. 2015;20(3):1-14
23. Viriyamontchai V. The Development of a Care Model for Patients Receiving Warfarin Drug in Pakkred Hospital, Nonthaburi Province by Using Design Thinking as a Base. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2020;10(1):118-31.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

สุรศักดิ์ มูลศรีสุข, พย.ม.¹ จตุพร โยธา, พย.บ.²

อมราพร จิรากร, พย.บ.³ นริศ ใจบริสุทธิ์กุล, พย.บ.⁴

ชนิกานต์ ธรรมกุล, พย.บ.⁵ ปฐมภรณ์ เรืองปิยะสกุล, พย.บ.⁶

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การออกแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว การฝึกทักษะการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว แนะนำการใช้คู่มือการดูแลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและการติดตามการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวและการกลับเข้ารับรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมเท่ากับ .83 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีคู่ และการทดสอบวิลคอกสัน

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.33) มีอายุระหว่าง 42-80 ปี อายุเฉลี่ย 69.97 ปี (SD = 9.90) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวม (M = 75.09, SD = 19.15) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 55.56, SD = 18.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.143, p < .001$) และพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ ด้านความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ด้านการขอรับการปรึกษา และด้านความร่วมมือควบคุมกำกับตนเองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.890, Z = -2.470, Z = -3.330$ ตามลำดับ, $p < .001$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ทีมสุขภาพควรนำไปประยุกต์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นแบบทดลอง รวมถึงมีการติดตามผลต่อเนื่องเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

คำสำคัญ สมรรถนะของตนเอง พฤติกรรมในการดูแล อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ห้องฉุกเฉิน ภาวะหัวใจล้มเหลว วันที่ได้รับ 5 มี.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 ก.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 5 ส.ค. 67

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

E-mail: surasak.mol@mahidol.ac.th

²⁻⁴พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หน่วยพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

⁵⁻⁶พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Heart Failure Care Behaviors and Revisit Rates in Patients with Heart Failure

Surasak Mulrisuk MN.S.¹ Jatuporn Yotha BN.S.²
Amaraporn Chirakorn BN.S.³ Naris Jaiborisuttigul BN.S.⁴
Chanikan Thammakul BN.S.⁵ Patamaporn Ruangpiyasakul BN.S.⁶

Extended Abstract

Introduction Congestive heart failure is a chronic disease that poses a significant public health concern globally. It adversely affects the lives of patients, impacting their day-to-day functioning. Promoting consistent health management behaviors is crucial in improving patients' quality of life and reducing hospital revisits.

Objective To examine the effects of a self-efficacy enhancement program on heart failure care behaviors and revisit rates in patients with heart failure

Design This quasi-experimental with one group pre-posttest design using Bandura's self-efficacy concept as the research framework.

Methods Participants included 30 patients with heart failure who visited the emergency department at a super tertiary hospital and were recruited through purposive sampling. The participants received a program consisting of health education about heart failure, skill training for heart failure care, instructions for using the heart failure care manual for patients, and heart failure care monitoring. Data were collected using questionnaires on personal data, care behaviors, and revisit. The content validity index of the program was .83. The reliability of the heart failure care behaviors questionnaire was tested, revealing the Cronbach's alpha coefficient of .81. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, and Wilcoxon Signed Ranks test.

Results Most of the participants were female (73.33%). Their ages ranged from 42 to 80 years, with a mean age of 69.97 years (SD = 9.90). After participating in a self-efficacy enhancement program, the participants had overall heart failure care behaviors (M = 75.09, SD = 19.15) higher than before the program (M = 55.56, SD = 18.70), with statistical significance ($t = -4.143$, $p < .001$). Also, there were significantly higher subscales, including following advice of the healthcare team, seeking consultation, and self-regulation ($Z = -2.890$, $Z = -2.470$, $Z = -3.330$, respectively, $p < .001$). Furthermore, none of the participants had a revisit associated with heart failure following the program.

Recommendation The self-efficacy enhancement program could enhance heart failure care behaviors and reduce the revisit rate. Healthcare teams can apply the program in caring for patients with heart failure. A further study should employ an experimental design with continuous monitoring to confirm the program's effectiveness.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 439-454

Keywords self-efficacy/ care behaviors/ revisit rate/ emergency department/ heart failure

Received 5 March 2024, Revised 5 July 2024, Accepted 5 August 2024

¹Corresponding author, Registered Nurse, Emergency Department, Nursing Department, Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand E-mail: surasak.mol@mahidol.ac.th

²⁻⁴Registered Nurse, Public Health Nursing Unit, Nursing Department, Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand

⁵⁻⁶Registered Nurse, Emergency Department, Nursing Department, Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละปี มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาตามมา จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 6.5 ล้านราย มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 825,000 รายต่อปี และพบว่ามี การเสียชีวิตมากกว่า 3 แสนรายต่อปี¹ สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษามากถึงร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผู้สูงอายุ มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันมากกว่าร้อยละ 32 และพบอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี^{3,4}

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาใน ห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและมักพบหลายอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันจากการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความทุกข์ทรมานและต้องตัดสินใจมาโรงพยาบาล เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก และนอนราบไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเร่งด่วน เพื่อช่วยบรรเทาความรุนแรงจากอาการที่เกิดขึ้น และควรเฝ้าสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยก่อนที่จะพิจารณาจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน จากการศึกษาผู้ป่วย

ที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสังเกตอาการในห้องฉุกเฉินประมาณ 3-5 วัน โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 56 ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรคขณะนั้น⁵

การจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากห้องฉุกเฉิน มีโอกาสที่จะกลับเข้ารับการรักษาได้จากข้อจำกัดด้านการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน⁶ โดยจากข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับรักษาซ้ำมากกว่าร้อยละ 30 โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการจำกัดน้ำ การบริโภคอาหารที่มีโซเดียม รับประทานยารักษาโรคประจำตัวไม่สม่ำเสมอ ไม่มีการตวงน้ำเข้า-ออก การปรับยาขับปัสสาวะไม่ถูกต้อง ไม่ได้ชั่งน้ำหนักตัวเองทุกวัน เป็นต้น⁶ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนทำให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินหลายครั้ง³ มีระยะเวลาในการประเมินอาการและดูแลรักษา ยาวนานขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการซับซ้อน ซึ่งมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากขึ้น รวมถึงทำให้เกิดความแออัดในห้องฉุกเฉิน และมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้นตามมา⁵

การส่งเสริมผู้ป่วยในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากเดิมในหลายด้าน โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมในแต่ละด้านต้องอาศัยการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ⁶ โรงพยาบาลศิริราช จึงมีการจัดทีมการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายใต้โครงการ Siriraj Heart Failure Clinical Tracer Plus ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์อายุรศาสตร์ พยาบาล และเภสัชกร

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เพื่อดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สังเกตอาการ
บนหอผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายในการชะลอการดำเนิน
ของโรค การควบคุมการกำเริบ ลดอัตราการเข้ารับ
การรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพิ่มศักยภาพในการดูแล
และขยายโครงการให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล
โดยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ได้มีการพัฒนา
แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ
หัวใจล้มเหลวตามนโยบายของโรงพยาบาล โดยมี
หลักการสำคัญ คือ เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะ
หรือความสามารถของตนเอง ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล
ที่เหมาะสม มีการติดตามอาการและกระตุ้นเตือนผู้ป่วย
อย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องเน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญ
และรับผิดชอบในการส่งเสริมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
ของผู้ป่วย โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพให้การสนับสนุน
ให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ให้คำแนะนำ
สนับสนุนแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว
และการติดตามให้กำลังใจกระตุ้นผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติตัว
ได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง⁶

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองตาม
ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory)
ของแบนดูลา⁷ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึง
ความสามารถหรือสมรรถนะของตนเองในการดูแล
สุขภาพ โดยการเรียนรู้ทักษะจำเป็นในการดูแลที่เฉพาะ
ในภาวะหัวใจล้มเหลว การยกตัวอย่างกรณีศึกษาเกี่ยวกับ
พฤติกรรมดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวชี้ให้เห็นถึง
ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและสามารถตัดสินใจ
เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติพฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน
การดำเนินกระบวนการดังกล่าว เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า
สมรรถนะของพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาลใน

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีผลต่อระดับ
ความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายของผู้ป่วยภาวะ
หัวใจล้มเหลว⁸ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ
สนับสนุน ด้านการให้ความรู้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
ของผู้ป่วย ติดตามและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ชี้แนะให้ผู้ป่วยพิจารณา ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ
พฤติกรรมดูแลตัวเอง ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้
ความสามารถในการให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยภาวะ
หัวใจล้มเหลว^{9,10} รวมถึงมีแนวทางการส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะในตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแล
ที่เหมาะสม ซึ่งควรประกอบด้วย การให้คำแนะนำและ
ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
การยกตัวอย่างสถานการณ์หรือวิถีทัศนคติศึกษา
ผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพดี
การติดตามให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม
สุขภาพที่เหมาะสมต่อเนื่อง⁶ เพื่อลดความรุนแรงของ
โรคและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ^{5,11}

การศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งศึกษาการส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตาม
แนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูลา⁷
ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จำหน่ายจาก
ห้องฉุกเฉิน เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน
โรงพยาบาลและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลภาวะ
หัวใจล้มเหลวทั้งโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยที่มี
ภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

2. เพื่อศึกษาอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ
ในโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะของตนเองและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายใน
28 วัน

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งโดยรวมและรายด้านมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา⁷ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งแบนดูราได้พัฒนาแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเน้นแนวคิด 3 ประการ คือ การเรียนรู้โดยการสังเกต การกำกับตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง แบนดูราเชื่อว่าความสามารถของบุคคลเป็นสิ่งที่สามารถยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะในตนเองคือ หากบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างไรก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น โดยมีมติเชิงทฤษฎีอธิบายว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้น ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ หากบุคคลนั้นรับรู้ว่ามีความสามารถก็จะมีแสดงออกถึงความสามารถนั้น ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะเกิดขึ้นได้โดยมีพื้นฐานการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ซึ่งประกอบด้วย 1) การกระทำที่ประสบความสำเร็จ (performance accomplishments) 2) การได้เห็นประสบความสำเร็จจากการกระทำของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การได้รับการชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (physiological states)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (self efficacy enhancement program) เพื่อเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งขณะได้รับการสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน (emergency room) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing system) ตลอดจนการมาติดตามผลการรักษาที่หน่วยพยาบาล (public health nursing unit) ประกอบด้วย การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและทักษะที่จำเป็นในการดูแล (providing knowledge and training the necessary skills) พร้อมมอบคู่มือ (distributing the handbook) ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉิน และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการในภาวะฉุกเฉิน ใช้สื่อวีดิทัศน์ที่มีต้นแบบเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ประสบความสำเร็จ (watching VDO of a role model) โดยมีพยาบาลให้คำปรึกษาและติดตามอาการทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง (receiving verbal persuasion) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวได้เมื่อกลับบ้าน การติดตามพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวขณะที่อยู่บ้านผ่านทางโทรศัพท์และเมื่อมาตรวจตามนัดด้วยแนวทางดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure care behaviors) ที่ดีขึ้น และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (revisit rate) ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Figure 1)

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

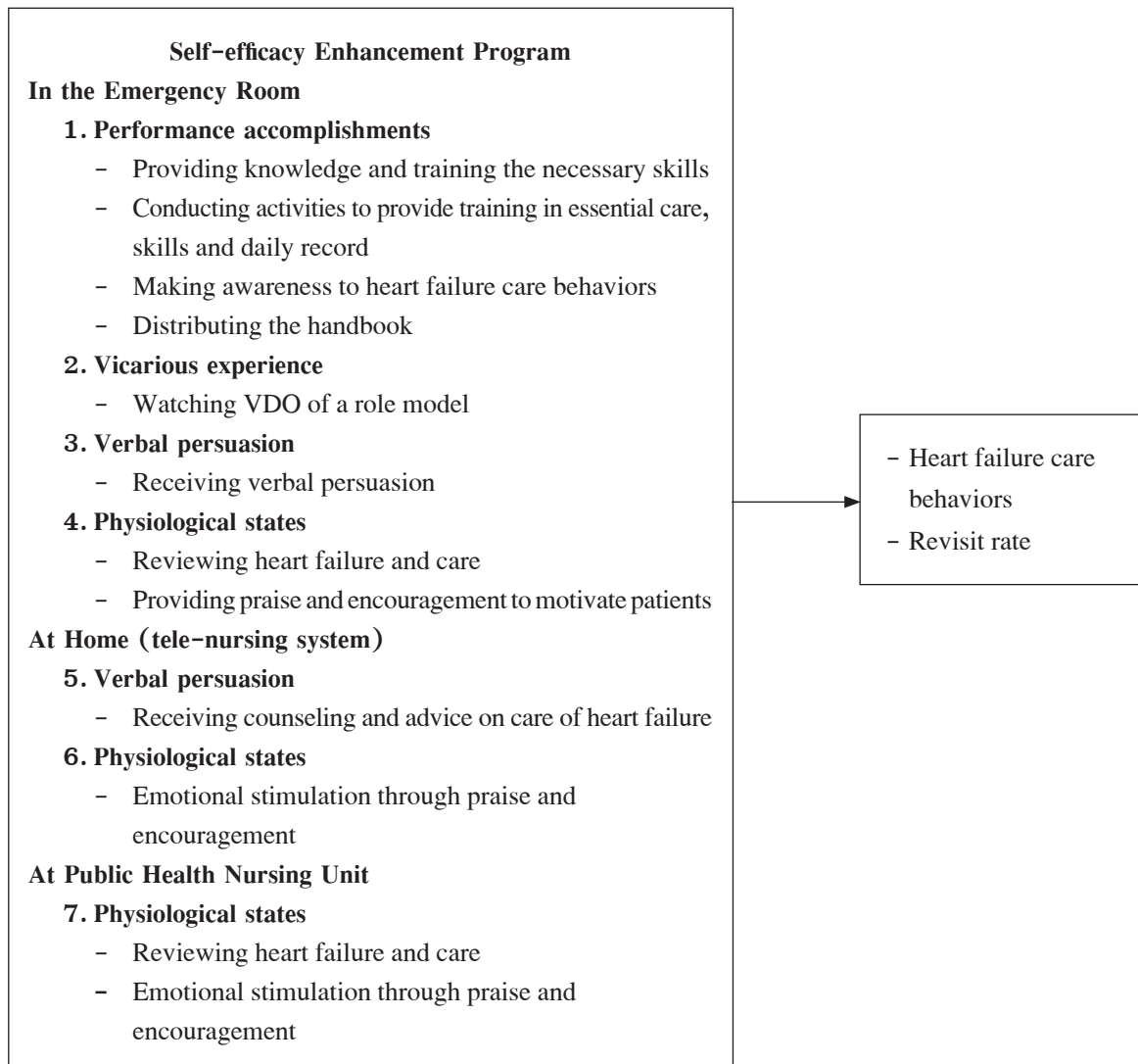


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ารับ

การบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 คน ที่เข้ามาใช้บริการในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีเกณฑ์

การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวและเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองอยู่ในระดับ 3, 4, และ 5 ตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับ¹² 3) สามารถรับรู้และสื่อสารทั้งการอ่าน พูด เขียน และการมองเห็นเป็นปกติด้วยตาเปล่าหรือแว่นตาเดิม 4) เป็นผู้ที่มิมีอาการคงที่และมีสภาพร่างกายพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ มีความดันโลหิตคงที่อัตราการหายใจไม่เกิน 20 ครั้งต่อนาทีและระดับออกซิเจนปลายนิ้วไม่ต่ำกว่า 95% 5) มีโทรศัพท์มือถือ หรือ smart phone หรือสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง (sample size determination) โดยการกำหนดค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐาน (Standardized effect size) 0.3 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (level of power) 0.8 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ .50¹³ เปิดตารางแสดงขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาที่เปรียบเทียบค่าสัดส่วนได้ขนาดตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹⁴ (3 คน) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล¹² ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษา โดยแบ่ง

ผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยวิกฤต ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับที่ 3 ผู้ป่วยรีบด่วน ระดับที่ 4 ผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วน และระดับที่ 5 ผู้ป่วยไม่รีบด่วน ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองอยู่ในระดับที่ 3, 4, และ 5 ตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับ จึงคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

2. โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา⁷ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของแบนดูรา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการหลัก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1) ระยะสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม หลังจาก ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการคงที่แล้ว โดยจัดกิจกรรมในห้องประชุมห้องฉุกเฉิน กิจกรรมประกอบด้วย การขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย สัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากนั้นจึงจัดกิจกรรมการให้ความรู้เบื้องต้นและฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การบันทึกน้ำหนักตัว การวัดความดันโลหิต การประเมินภาวะบวม การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล และแหล่งข้อมูลการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน พร้อมกับวิธีการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้เวลา 15 - 20 นาที หลังจากนั้นจัดให้ผู้ป่วยดูวีดิทัศน์ที่มีต้นแบบเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง ความยาว 2.50 นาที ใช้เวลารวม 30 - 45 นาที ผู้วิจัยสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองและชักจูงใจผู้ป่วย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เพื่อไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจนต้องเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แนะนำการมาพบแพทย์อายุรศาสตร์ตามนัดหมายอีก 1-2 สัปดาห์ โดยมีพยาบาลโทรศัพท์นัดหมายที่หน่วยการพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ตักผู้ป่วยนอกชั้น 2 ซึ่งตั้งอยู่ชั้นเดียวกับหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อรักษาโรคต่อเนื่อง

2) ระยะที่อยู่บ้าน ผู้วิจัยส่งเสริมทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นรายบุคคล โดยใช้การแลกเปลี่ยนความรู้ทางโทรศัพท์และประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาและติดตามผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์และนัดติดตามผลการปฏิบัติที่หน่วยการพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของแพทย์อายุรศาสตร์ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง เพื่อติดตามและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา⁷ เพื่อกระตุ้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และติดตามอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การติดตามทางโทรศัพท์ภายใน 1-3 วัน หลังการจำหน่ายโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมพยาบาลในรูปแบบ Tele-nursing ใช้เวลา 10-15 นาที เพื่อการแนะนำตัวพยาบาลและสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล อธิบายวัตถุประสงค์ของการติดตามครั้งนี้และการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 เดือน รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยหลังจากได้รับคำแนะนำก่อนจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน และนัดหมายครั้งถัดไป

ครั้งที่ 2 การติดตามผลของการปฏิบัติที่หน่วยพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ พร้อมกับการมาตรวจตามนัดของแพทย์อายุรศาสตร์ภายใน 1-2 สัปดาห์ใช้เวลา 30-45 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการหลักในการจัดกิจกรรมและสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกิจกรรม ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย 2) ทบทวนความเข้าใจในพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังจากได้รับคำแนะนำก่อนจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน 3) ติดตามความสม่ำเสมอของการรับประทานยารักษาโรคประจำตัว 4) สอบถามพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน การดูแลโรคประจำตัวอื่น ๆ พร้อมกับการชื่นชมเมื่อผู้รับบริการสามารถทำได้ตามเป้าหมายและให้กำลังใจเมื่อผู้รับบริการยังปฏิบัติไม่สำเร็จ 5) วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมาย 6) เน้นย้ำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากผู้รับบริการมีภาวะโรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน แนะนำให้ลดน้ำหนักลง หรือหากผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองไม่ได้ให้ติดต่อที่คลินิกฟ้าใส หรือ คลินิกเลิกบุหรี่ รวมทั้งตอบข้อสงสัยผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 7) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการที่ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และ 8) วางแผนเป้าหมายสุขภาพร่วมกันและประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติ พร้อมนัดหมายวันที่พบครั้งถัดไป

ครั้งที่ 3 การติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ใช้เวลา 30-45 นาที มีกิจกรรมลักษณะเดียวกันกับการจัดกิจกรรมการพยาบาลครั้งที่ 1 และประเมินพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ โดยใช้แบบประเมินชุดเดิมกับการประเมินครั้งแรก และเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน

โรงพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำและเน้นย้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ พร้อมกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 2 คู่มือการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยได้นำคู่มือสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว การดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับผู้ป่วย การสำรวจตัวเองทุกวัน และแบบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง น้ำหนักตัว และบันทึกปัสสาวะ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย มีญาติผู้ดูแลหรือไม่ ความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว/โรคร่วม จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวใน 28 วันที่ผ่านมา การจำแนกความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) เปอร์เซ็นต์ของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจต่อการบีบตัวของหัวใจ 1 ครั้ง (Left ventricular ejection fraction, LVEF) โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเวชระเบียน

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแล ภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตัวเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวฉบับยุโรป (The European Heart Failure Self-Care Behavior Scale 9-item version: EHFSBS-9)¹⁵ แปลเป็นภาษาไทยและนำไปใช้โดย Pongkaew และคณะ¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ 3 ด้าน

คือ 1) ด้านความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำที่สุขภาพ (provider base adherence) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การรับประทานยาที่มีเกลือต่ำและการรับประทานยาตามคำสั่งการรักษา 2) ด้านพฤติกรรมขอคำปรึกษา (consulting behaviors) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การติดต่อแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีอาการหายใจเหนื่อยเพิ่มขึ้น ขา/เท้าบวมมากกว่าปกติ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัม ภายใน 1 สัปดาห์และอ่อนเพลียเพิ่มขึ้น 3) ด้านความร่วมมือควบคุมกำกับตนเอง (autonomous base adherence) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ชั่งน้ำหนักตนเองทุกวัน จำกัดปริมาณน้ำและออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ (5 คะแนน) คะแนนรวมเท่ากับ 9 – 45 คะแนน โดยผู้วิจัยใช้การแปลงค่าคะแนนตรงข้ามเพื่อให้สามารถแปลความคะแนนได้ง่ายขึ้นและสามารถเปรียบเทียบผลการวิจัยได้ชัดเจน โดยใช้สูตรทางคณิตศาสตร์เพื่อทำการแปลงคะแนนจากช่วง 9 – 45 ไปเป็นช่วง 0 – 100 ซึ่งเป็นสมการเส้นตรงของการเปลี่ยนแปลงช่วงคะแนน สำหรับคะแนน < 70 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เพียงพอ และคะแนน ≥ 70 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพียงพอ

3.3 แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้บันทึกการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวใน 28 วัน หลังการจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน และสาเหตุของการเข้ารับการรักษาครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) ของโปรแกรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวได้เท่ากับ .83 สำหรับคู่มือการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช และวิถีทัศนต้นแบบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตัวเอง ผลการประเมินคู่มือและวิถีทัศนอยู่ในระดับดี ปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 5 คน แล้วปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .80 และค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 คน เท่ากับ .81 สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วย และ .80 สำหรับแบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาระยะยาวในโรงพยาบาล

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การศึกษานี้มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์หมุนเวียนในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอายุรกรรมมาอย่างน้อย 2 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 2 คน ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 คน ทำหน้าที่ติดตามและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยให้ผู้ช่วยวิจัยอ่านและทำความเข้าใจข้อคำถามในแบบประเมิน อธิบายข้อคำถามแต่ละข้อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ และอธิบายแนวทางการกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง และผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันกับผู้ช่วยวิจัย นำผลคำนวณความเชื่อมั่น interrater reliability โดยสูตร kappa ได้ค่าตรงกัน 100%

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการวิจัยตามเอกสารเลขที่ 308/2566 (IRB1) เมื่อผ่านการอนุมัติรับรอง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัย โดยละเอียดพร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์ของงานวิจัย รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่ผลต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยหรือเผยแพร่เป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์หัวหน้าหน่วยงาน

และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องประจำห้องฉุกเฉิน เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำห้องฉุกเฉิน เพื่อแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขออนุญาตบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยก่อนการทดลองที่ห้องฉุกเฉิน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาทีต่อราย

3. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ในระยะสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน โดยเริ่มดำเนินการภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนอาการคงที่แล้ว จึงให้ความรู้เบื้องต้นและฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว แนะนำการมาพบแพทย์อายุรศาสตร์ตามนัดหมาย การโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้นเตือน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 การติดตามทางโทรศัพท์ภายใน 1-3 วัน หลังการจำหน่าย และครั้งที่ 2 การติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย รวมถึงการติดตามผลของการปฏิบัติที่หน่วยพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ พร้อมกับการมาตรวจตามนัดของแพทย์อายุรศาสตร์ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการรุนแรงระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยจะหยุดการจัดกิจกรรม

และรายงานพยาบาลประจำห้องฉุกเฉินทันที เพื่อประเมินสัญญาณชีพและรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือต่อไป

4. ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการกลับเข้ารับรักษาซ้ำจากเวชระเบียน และบันทึกลงในแบบบันทึกการเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมและการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย จากการติดตามทางโทรศัพท์

5. เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมและด้านการประเมินอาการผิดปกติของภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ด้วยการทดสอบ Paired t-test เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ และเปรียบเทียบพฤติกรรมรายด้านด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน จำนวน 30 คน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทรุดลงขณะเข้าร่วมกิจกรรม

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.33) มีอายุระหว่าง 42-80 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 69.97 ปี (SD = 9.90) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 63.33) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 53.33) ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร (ร้อยละ 56.67) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคประจำตัวโดยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 86.67) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 70) มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบขณะทำกิจกรรมระดับ 3 (ร้อยละ 46.67) และเปอร์เซ็นต์ของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจต่อการบีบตัวของหัวใจ 1 ครั้ง (LVEF) เฉลี่ยเท่ากับ 54.70 (SD = 12.36) หมายถึงการทำงานของหัวใจช้าลงต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องติดตามและจัดการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เมื่อวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรม

การดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมไม่เพียงพอ (M = 55.56, SD = 18.70) โดยพฤติกรรมด้านความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (M = 50.28, SD = 22.90) ด้านพฤติกรรมการขอรับคำปรึกษา (M = 52.29, SD = 29.66) ด้านความร่วมมือควบคุมกำกับตนเอง (M = 70.00, SD = 22.88) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเพียงพอ (M = 75.09, SD = 19.15) โดยพฤติกรรมด้านความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (M = 71.67, SD = 25.76) ด้านพฤติกรรมการขอรับคำปรึกษา (M = 70.83, SD = 29.74) ด้านความร่วมมือควบคุมกำกับตนเอง (M = 88.75, SD = 12.86) (Table 1) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมในระลอกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Paired t-test พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.143, p < .001$)

Table 1 Comparisons of heart failure care behaviors before and after the program (n=30)

Heart failure care behaviors	Before			After		
	M	SD	level	M	SD	level
Overall	55.56	18.70	insufficient	75.09	19.15	sufficient
Following the advice of the healthcare team	50.28	22.90	insufficient	71.67	25.76	sufficient
Seeking consultation	52.29	29.66	insufficient	70.83	29.74	sufficient
Self-regulation	70.00	22.88	sufficient	88.75	12.86	sufficient

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำทีมสุขภาพ

ด้านพฤติกรรมการขอรับคำปรึกษา และด้านความร่วมมือควบคุมกำกับตนเอง หลังจากได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Table 2)

Table 2 Comparisons of subscales of heart failure care behaviors before and after the program (n = 30)

Heart failure care behaviors	n	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
Following the advice of the healthcare team					
After < Before	4	17.25	69	-2.890	< .001
After > Before	23	13.43	309		
After = Before	3				
Seeking consultation					
After < Before	7	14.79	103.50	-2.470	< .001
After > Before	22	15.07	331.50		
After = Before	1				
Self-regulation					
After < Before	5	6.90	34.50	-3.330	< .001
After > Before	19	13.97	265.50		
After = Before	6				

อัตราการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 28 วัน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 30 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตามพบ 3 คนเข้ารับ การรักษาเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคปอดติดเชื้อ และการมาตรวจตามคำแนะนำของ พยาบาลเนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การอภิปรายผล

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรม การดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของตนเองดีขึ้น ไม่พบ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทรุดลงขณะเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมที่กำหนด และไม่พบการกลับเข้ารับ การรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะของตนเองโดยการส่งเสริมทักษะความสามารถ ในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทั้งการแลกเปลี่ยนความรู้ทางโทรศัพท์และการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายกับผู้วิจัย และวิเคราะห์ พฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของต้นแบบ

จากวิดิทัศน์กรณีศึกษา สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็น ไปตามสมมติฐานที่กำหนด

ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะใน ตนเองของแบนดูรา⁷ กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีการฝึกทักษะ ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ เห็นต้นแบบเป็นผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ประสบความสำเร็จในการดูแล ภาวะหัวใจล้มเหลวจากสื่อวิดิทัศน์และสามารถปฏิบัติตน ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้วิจัยติดตามกระตุ้น ส่งเสริม และให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดีขึ้น ทำให้ไม่เกิด อาการผิดปกติที่รุนแรงจึงสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับ การรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมา^{11,16} พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแล ภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิด การรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูราทำให้พฤติกรรม การดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยมี ความรู้เกี่ยวกับโรคของตนมีการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ ของตนเองเห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่ดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว ของตัวเองได้ดี มีกำลังใจและแรงกระตุ้นให้ปฏิบัติ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และมีผลให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว^{3,5,6} พบว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของตนเอง แต่ละด้านได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ สามารถจัดการภาวะน้ำเกินได้ มีการออกกำลังกายทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน และรับประทานยาสม่ำเสมอ เป็นต้น

นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมของการศึกษาครั้งนี้มีช่องทางที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ขอรับคำปรึกษาได้ เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวหรือเมื่อเกิดอาการในภาวะฉุกเฉิน หลังจากมีการโทรศัพท์ติดตามอาการซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการช่วยกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้น และสามารถขอคำปรึกษาได้หลายช่องทางอีกด้วย

การติดตามทางโทรศัพท์และติดตามอาการของผู้ป่วยที่หน่วยพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวได้ตามคำแนะนำ และจากการติดตามผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านตลอดโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดีขึ้น ทำให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมสูงขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยทั้งหมดสามารถดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวได้ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ส่วนการดูแลด้านการชั่งน้ำหนักและออกกำลังกาย ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกวัน เนื่องจากไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนักและสถานที่ออกกำลังกาย บางครั้งยังมีอาการเหนื่อยขณะออกกำลังกาย แต่หลังจาก

ได้รับคำแนะนำการหาสิ่งชดเชยการชั่งน้ำหนักโดยการชั่งน้ำหนักที่ร้านสะดวกซื้อและการบริหารร่างกายในบ้านจากการทำความสะอาดบ้านหรือใช้อุปกรณ์ในบ้านมาประยุกต์เป็นอุปกรณ์ออกกำลังกาย จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอและดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา พ่วงแก้ว และคณะ¹⁶ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการมอบคู่มือ การฝึกทักษะการดูแล ติดตามผลการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวของตนเอง และจากการติดตามทางโทรศัพท์ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบกลุ่มตัวอย่างกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งดีกว่าสถิติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของโรงพยาบาลศิริราช ก่อนใช้โปรแกรมที่คิดเป็นร้อยละ 30 จึงสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ประยุกต์จากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา⁷ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดอาการกำเริบได้และเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติก็สามารถจัดการกับอาการผิดปกติได้ขณะอยู่ที่บ้านได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{6,11} พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีการจัดการอาการของตนเองอย่างเหมาะสม มีผลให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง

ดังนั้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงช่วยยืนยันว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา มีประสิทธิผลที่ดีในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้น และลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลเพียงช่วงเวลาเดียว และเป็นการศึกษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศิริราช เพียงแห่งเดียว จึงเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบ และมีโอกาสที่ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาอาจแตกต่างจากการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลอื่น รวมทั้งการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวที่มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่ออกแบบเชิงทดลอง เพื่อให้สามารถอธิบายผลของโปรแกรม ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และพัฒนาแนวทางการจัดการผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการจำหน่ายจาก ห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองไปประยุกต์ใช้ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนจำหน่าย จากห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลที่มีบริบทเดียวกัน เพื่อให้ ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับการดูแล ภาวะหัวใจล้มเหลว นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการออกแบบวิจัยที่มี การควบคุมยิ่งขึ้นโดยมีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และติดตามผลลัพธ์ เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของ โปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือ หัวหน้าหน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน หัวหน้าหน่วยพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริม สุขภาพ โรงพยาบาลศิริราช และบุคลากรทุกท่าน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ช่วยทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

References

1. Hoda B, Hummel S. Heart failure in older adults. Can J Cardiol. 2016;32(9):1140–7.
2. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway W, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics–2019 update a report from the American Heart Association. Circulation. 2019;139(10):e56–e528. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000659> PMID: 30700139
3. Tasuwanin T, Pothiban L, Khampolsiri T. Effects of self-management enhancement on quality of life and rehospitalization rate among elderly with heart failure. Nursing Journal. 2019;46(4):108–21. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/230308/156761> (in Thai)
4. Medical Records and Medical Statistics Service. Statistics of patients receiving services from the emergency department, Siriraj Hospital 2019; Bangkok. (in Thai)
5. Mulrsisuk S, Monkong S, Sutti N. Symptoms and signs, self-management of symptoms, and emergency department's management of older adults with congestive heart failure. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022;37(3):144–58. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/257143/176511> (in Thai)
6. Promwong W, Siripitayakunkit A, Hanprasitkam K. Evaluation of health care services using a multidisciplinary care model for persons with heart failure at the heart failure clinic, Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Nursing Journal. 2019;25(2):166–80. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/151194/150188> (in Thai)
7. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977; 84(2):191–215. Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191> PMID: 847061

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**

8. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, et al. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke. J Am Heart Assoc. 2017;6(9):e006997. Available from: <https://doi.org/10.1161%2FJAHA.117.006997> PMID: 28860232 PMID: 28860232
9. Amaritakomol A. Nursing roles in heart failure clinic. In: Kanjanavanit R, Phrommintikul A, editors. Comprehensive heart failure management program. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of medicine, Chiang Mai University; 2013. p.77-91. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CMU%20HF%20Clinic.pdf (in Thai)
10. Jaarsma T. Inter-professional team approach to patients with heart failure. Heart. 2005;91(6):832-38. Available from: <https://doi.org/10.1136%2Fhrt.2003.025296> PMID: 15894793
11. Pedcharat W, Namjuntra R, Binhosen V, Porapakkhram P. Effects of self-management program on self-management behaviors and readmission of patients with heart failure after valvular heart surgery. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2017; 28(2): 38-51. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthai cvtnurse/article/view/116704/89722> (in Thai)
12. Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Guide to patient screening criteria. Bangkok. Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2015. (in Thai)
13. Norwood SL. Research strategies for advanced practice nurse. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health; 2000.
14. Little R, Rubin D. Statistical analysis with missing data, 3rd ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2019.
15. Jaarsma T, Arestedt KF, Martensson J, Dracup K, Stromberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB- 9): a reliable and valid international instrument. Eur J Heart Fail. 2009;11(1):99-105. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfn007> PMID: 19147463
16. Pongkaew A, Sindhu S, Pinyopasakul W, Tresukosol D, Viwatwongkasem C. Evaluation of a health service system for heart failure management in Thailand. Suranaree J Sci Technol. 2018;25(3):295-306. Available from: <https://ird.sut.ac.th/journal/sjst/#/los/manuscript/%202300>

อาหารและโภชนาการเพื่อความยั่งยืนในการจัดการ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ

พัชรารัตน์ ไหวคิด พย.ม.¹

นฤมล เปียชื่อ ศศ.ม.²

บทคัดย่อขยาย

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายที่เชื่อมโยงกัน ทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของ ทีมสหวิชาชีพในการจัดการปัญหา ซึ่งอาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ของผู้สูงอายุ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุไทย แนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ และวิธีการประเมินความเป็นไปได้ของการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ และการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย รวมทั้งบทบาทของอาหารและโภชนาการในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเกิดจากการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพ ทางกายที่เป็นไปอย่างช้า ๆ ต่อเนื่อง เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ภาวะทุพโภชนาการ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาวะความรู้คิด บกพร่องเล็กน้อย แนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้แนวทางของคณะทำงานการประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อในคนเอเชีย (Asian Working Group for Sarcopenia, AWGS) ได้ปรับเกณฑ์การประเมินให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุชาวเอเชีย โดยยังคงครอบคลุมมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย วิธีการประเมินความเป็นไปได้ของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ได้แก่ การวัดเส้นรอบเอว การใช้แบบคัดกรอง SARC-F และ SARC-Calf การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การประเมินสมรรถภาพทางกายโดยการทดสอบลุกนั่ง 5 ครั้ง และการวัดดัชนีมวลกล้ามเนื้อ

อาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ คุณภาพอาหารและรูปแบบการบริโภคอาหาร โปรตีนและกรดอะมิโน กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนชนิดสายยาว วิตามินดี โภชนเภสัชและยาสมุนไพร แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ เป็นอาหารเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งเน้นการบริโภคโปรตีนจากพืช ผักผลไม้ อาหารที่มีใยอาหารสูง รวมทั้งไขมัน ที่ดีต่อสุขภาพ-

ทีมสหวิชาชีพควรส่งเสริมการบริโภคอาหารคุณภาพสูง การเน้นโปรตีนจากพืชนอกจากจะช่วยเสริม สร้างร่างกายโดยรวมอย่างยั่งยืน ยังช่วยป้องกันการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และปรับปรุงสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ อาหาร โภชนาการ ความยั่งยืน การจัดการ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ผู้สูงอายุ

วันที่ได้รับ 1 ก.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 24 ก.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 5 ส.ค. 67

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา E-mail: narumon.pi@ssru.ac.th

Food and Nutrition for Sustainable Management of Sarcopenia in Older Adults

Phatcharaphon Whaikid M.N.S.¹

Narumon Piaseu M.A. (Home Economics Education)²

Extended Abstract

Sarcopenia is recognized as one of geriatric syndromes. It involves various interconnected factors, including socioeconomic status, health, and environmental factors. Managing sarcopenia requires the collaboration of a multidisciplinary team, with diet and nutrition playing a crucial role in managing sarcopenia in older adults. This article aims to explain sarcopenia, its causes, and factors associated with sarcopenia in Thai older adults, screening and diagnostic guidelines for sarcopenia in communities and primary care units, methods for assessing the likelihood and diagnosis of sarcopenia, as well as the role of diet and nutrition in managing sarcopenia in older adults, and dietary guidelines for managing sarcopenia in older adults.

Sarcopenia is characterized by the gradual and continuous loss of muscle mass, muscle strength, and physical performance. This slow progression addresses the importance of early detection and intervention. The condition also includes sarcopenic obesity, which is the coexistence of obesity and sarcopenia. The causes and factors associated with sarcopenia in Thai older adults consist of personal factors including gender and age, and health factors including physical activity, body mass index, waist circumference, malnutrition, non-communicable diseases, and mild cognitive impairment. The guidelines for screening and diagnosing sarcopenia in communities and primary care units follow the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) criteria, which have been adapted to suit the context of older adults in Asia. including muscle mass, muscle strength, and physical performance. Methods for assessing the likelihood and diagnosis of sarcopenia include calf circumference measurement, SARC-F and SARC-Calf screening tools, muscle strength assessment, physical performance evaluation (Five Times Sit to Stand Test), and muscle mass index measurement.

Diet and nutrition play a major role in managing sarcopenia in older adults, including the quality of food and dietary patterns, proteins and amino acids, long-chain polyunsaturated fatty acids, vitamin D, nutraceuticals, and herbal medicines. The dietary guidelines for managing sarcopenia in older adults emphasize the Mediterranean diet, which focuses on plant-based proteins, fruits and vegetables, high-fiber foods, and healthy fats.

A multidisciplinary team can promote high-quality food consumption, particularly plant-based protein, that not only sustainably strengthens the body but also prevents the loss of muscle mass, enhances muscle strength, and improves physical performance in older adults.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 455-472

diet/ nutrition/ sustainability/ management/ sarcopenia/ older adults

Received 1 July 2024, Revised 24 July 2024, Accepted 5 August 2024

¹Lecturer, Faculty of nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Thailand

²Corresponding author, Lecturer, Faculty of Science and Technologies, Suansunandha Rajabhat University, Thailand

บทนำ

องค์การสหประชาชาติกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป็นแนวทางสู่อนาคตที่เจริญรุ่งเรือง เสมอภาค และยั่งยืน ภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573)¹ มุ่งเน้นการจัดการกับความท้าทายระดับโลก โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันเป็นที่น่ากังวลเนื่องจากโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สิ่งที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้คือปัญหาของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้สูงอายุที่เรียกว่า ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เพื่อจัดการปัญหาดังกล่าวองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ร่วมมือกับสหประชาชาติ (United Nations, UN) กำหนดเป้าหมายเพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุจะไม่ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง สู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี² ซึ่งเป็นความท้าทายที่สำคัญ โดยเฉพาะในสังคมสูงอายุที่พบภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยทั่วทุกมุมโลกและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย กระทั่งการเสียชีวิตในปัจจุบัน การประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยครอบคลุมทั้งมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย โดยมีวิธีการประเมินที่หลากหลายสามารถปรับใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละบริบทตามฉันทามติของการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย³

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่เกิดจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อโครงร่าง รวมทั้งการลดลงในการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น³ เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายที่เชื่อมโยงกันทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมของบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการจัดการ ซึ่งอาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แนวทางการคัดกรองและวินิจฉัย ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในชุมชนและหน่วยบริการ ประมวลุมิวิธีการประเมินความเป็นไปได้ของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุไทย บทบาทของอาหารและโภชนาการในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยมีการลดลงของกล้ามเนื้อซึ่งเป็นการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (muscle mass) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (muscle strength) และสมรรถภาพทางกาย (physical performance) ซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง³ ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลก ได้รับรองอย่างเป็นทางการว่า ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นโรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้สูงอายุโดยกำหนดรหัสโรคเป็น M62.84⁴ การลดลงของมวลกล้ามเนื้อเริ่มตั้งแต่อายุ 40 ปี และลดลงอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 8 ในทุก ๆ 10 ปี เมื่อเข้าสู่ช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป อัตราการลดลงจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า คือร้อยละ 15 ในทุก ๆ 10 ปี⁵

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยยังรวมถึงภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenic obesity, SO) คือการมีโรคอ้วนและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอยู่ร่วมกันตามฉันทามติของสมาคมยุโรปเพื่อโภชนาการทางคลินิกและเมแทบอลิซึม และสมาคมยุโรปเพื่อการศึกษาโรคอ้วน (European society for clinical nutrition and metabolism and the European association

for the study of obesity: ESPEN-EASO)⁶ ความชุกของภาวะอ้วนร่วมกับมวลกล้ามเนื้อน้อยพบค่อนข้างสูงโดยในผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 10 ราย จะพบภาวะนี้ 1 ราย⁷

การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อทำให้ผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มเกือบ 2 เท่า⁸ พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น 1.27 เท่า⁹ มีโอกาสพิการสูง 3.04 เท่า¹⁰ และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่า 2.18 เท่า¹¹ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยทั่วโลกประมาณร้อยละ 10 ถึง ร้อยละ 27¹² สำหรับประเทศไทยพบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 20.7¹³

แนวโน้มการสูงวัยของประชากรโลกที่เพิ่มขึ้นทำให้ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยไม่แสดงอาการในระยะแรก ดังนั้นการประเมินมวลกล้ามเนื้อน้อยและตรวจพบที่รวดเร็วจะเป็นประโยชน์ในการดูแลและจัดการทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสามารถป้องกันและรักษาได้ด้วยการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของโปรตีนที่เพียงพอ และการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน¹⁴ ดังนั้นการคัดกรองแต่เนิ่น ๆ โดยมุ่งเป้าไปที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนในการรักษา และฟื้นฟูที่เหมาะสมและรวดเร็วซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินการแก้ไขในระยะเริ่มต้น เพื่อป้องกัน และชะลอการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและผลกระทบไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

แนวทางการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นเอกฉันท์ครั้งแรกสำหรับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2010

(พ.ศ. 2553) โดย European Working Group on Sarcopenia (EWGSOP 1)¹⁵ ซึ่งครอบคลุมการประเมินมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกาย เนื่องจากลักษณะที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค ในปี ค.ศ. 2014 (พ.ศ. 2557) Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) ได้ปรับเกณฑ์การประเมินให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชีย โดยยังคงครอบคลุมการประเมินมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกาย¹⁶ ซึ่งได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยดำเนินการคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตามเกณฑ์ของ AWGS ซึ่งล่าสุดในปีค.ศ. 2019 (พ.ศ. 2562) AWGS ได้ปรับคำจำกัดสำหรับการประเมิน และได้แนะนำคำว่า “ความเป็นไปได้ของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย” (possible sarcopenia) เพื่อให้สามารถประเมินผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเสี่ยงและเริ่มดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มการบริโภคโปรตีน เพื่อรักษาและฟื้นฟูมวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ

การดำเนินการในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ AWGS เริ่มต้นด้วยการค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง (case finding) โดยการวัดเส้นรอบรอก (ต่ำกว่า 34 เซนติเมตรในเพศชาย และต่ำกว่า 33 เซนติเมตรในเพศหญิง) หรือการใช้แบบคัดกรอง SARC-F (มากกว่า หรือ เท่ากับ 4 คะแนน) หรือแบบคัดกรอง SARC-Calf F (มากกว่า หรือ เท่ากับ 11 คะแนน) ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย จะต้องดำเนินการประเมินความเป็นไปได้ของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มเติมโดยการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยแรงบีบมือ (ต่ำกว่า 28 กิโลกรัมในเพศชาย และต่ำกว่า 18 กิโลกรัมในเพศหญิง) และ/หรือ การทดสอบการลุกนั่ง 5 ครั้ง (มากกว่า 12 วินาที)

ควรเริ่มดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย อย่างไรก็ตามผู้ที่มีภาวะนี้ควรประเมินดัชนีมวลกล้ามเนื้อ (ต่ำกว่า 7 กิโลกรัม

ต่อตารางเมตร² ในเพศชาย และต่ำกว่า 5.7 กิโลกรัมต่อตารางเมตร² ในเพศหญิง) ถือว่าผู้สูงอายุมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย¹⁷ (Figure 1)

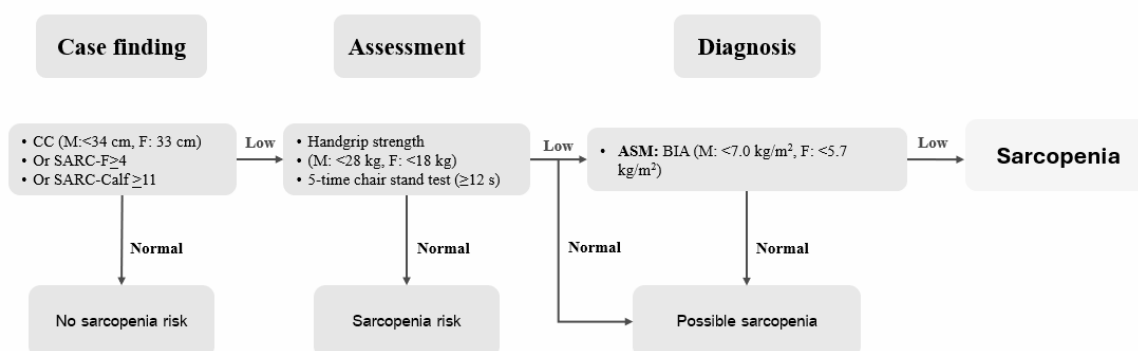


Figure 1 Screening for case finding, assessment of possible sarcopenia, and diagnosis of sarcopenia in community-dwelling older adults and primary care units, according to Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) 2019

วิธีการประเมินกลุ่มเสี่ยง ความเป็นไปได้ของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

วิธีการประเมินกลุ่มเสี่ยง ความเป็นไปได้ของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มีดังนี้

1. การวัดเส้นรอบน่อง (calf circumference)

การวัดเส้นรอบน่อง ทำได้โดยใช้สายวัด (tape measure) พันรอบบริเวณที่กว้างที่สุดหรือนูนที่สุดของน่อง แล้วบันทึกค่าที่ได้เป็นหน่วยเซนติเมตร หากเส้นรอบน่องน้อยกว่า 33 เซนติเมตร ในเพศชาย น้อยกว่า 34 เซนติเมตร ในเพศหญิง หมายความว่าเส้นรอบน่องต่ำกว่าเกณฑ์ มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย¹⁷

2. แบบคัดกรอง SARC-F

แบบสอบถาม SARC-F (strength, assistance with walking, rising from a chair, climbing stairs

and falls) เป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่ายที่สามารถรายงานด้วยตนเอง และราคาไม่แพง ซึ่ง AWGS 2019 แนะนำแบบสอบถาม SARC-F สำหรับการคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ส่วน ได้แก่ ความแข็งแรง การช่วยเดิน การลุกขึ้นจากเก้าอี้ การปีนบันได และการหกล้มโดยคะแนนรวมต่ำสุด คือ 0 คะแนน และสูงสุดคือ 10 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ หากคะแนน SARC-F มากกว่า หรือ เท่ากับ 4 หมายความว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย¹⁷

3. แบบคัดกรอง SARC-Calf

แบบคัดกรอง SARC-Calf (strength, assistance with walking, rising from a chair, climbing stairs, falls, and calf circumference) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อปรับปรุงแบบสอบถาม SARC-F ซึ่งมีความจำเพาะดีในการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แต่มีความไวต่ำ ซึ่งถือเป็นข้อบกพร่องสำหรับแบบประเมินที่มุ่งเน้นการตรวจคัดกรอง SARC-Calf เป็นเวอร์ชันดัดแปลง

ของSARC-Fโดยเพิ่มการวัดเส้นรอบวงน่องซึ่งช่วยเพิ่มความไวในการวินิจฉัยจากร้อยละ 33.3 เป็นร้อยละ 66.7 และเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยของ SARC-F ได้อย่างมาก¹⁸ แบบสอบถามประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ส่วน ได้แก่ ความแข็งแรง การช่วยเดิน การลุกขึ้นจากเก้าอี้ การปีนบันได การหกล้ม และเส้นรอบวงน่อง (ปกติ = 0, ต่ำกว่าเกณฑ์= 10) โดยคะแนนรวมต่ำสุดคือ 0 คะแนน และสูงสุดคือ 20 คะแนนการแปลผลคะแนนคือ หากคะแนน SARC-Calf มากกว่า หรือ เท่ากับ 11 หมายความว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย¹⁷

4. การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (handgrip strength)

การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสามารถประเมินจากแรงบีบมือ โดยใช้เครื่องมือ Handgrip dynamometer แบบดิจิทัล ให้ผู้สูงอายุที่นั่งที่เก้าอี้งอข้อศอก (elbow flexion) 90 องศาใช้มือจับบริเวณด้ามของเครื่องมือแล้วออกแรงบีบให้แรงที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ ทำการทดสอบทั้งมือซ้ายและขวา จากนั้นนำค่าที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยและบันทึกผลเป็นหน่วยกิโลกรัม หากแรงบีบมือต่ำกว่า 28 กิโลกรัม ในเพศชายต่ำกว่า 18 กิโลกรัม ในเพศหญิง หมายความว่า มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำ¹⁷

5. การประเมินสมรรถภาพทางกาย (Five Times Sit to Stand test)

ประเมินโดยการลุก-นั่ง 5 ครั้งอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นโดยให้ผู้รับการทดสอบนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงแล้วลุกขึ้นยืน หากใช้เวลาลุก-นั่ง 5 ครั้ง มากกว่า หรือ เท่ากับ 12 วินาที หมายความว่า มีสมรรถภาพทางกายต่ำ¹⁷

6. การวัดดัชนีมวลกล้ามเนื้อ (muscle mass index)

ประเมินด้วยเครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกายที่เป็นสากลและได้มาตรฐานโดยนำค่าความต้านทานไฟฟ้า

หน่วยเป็น โอห์ม (Ω) ที่ได้ มาคำนวณโดยใช้สูตร Skeletal muscle mass (SM) = $[0.401 \times \text{height}^2 / \text{resistance}] + 3.825 \times \text{gender} - 0.071 \times \text{age} + 5.102$ และคำนวณหาค่า skeletal muscle mass index (SMI) โดยใช้สูตร $\text{SMI} = (\text{SM}) \text{ Skeletal muscle mass} / \text{ht}^2$ ซึ่งหากค่าต่ำกว่า 7 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในเพศชาย และต่ำกว่า 5.7 กิโลกรัมต่อตารางเมตรในเพศหญิง หมายความว่า มวลกล้ามเนื้อต่ำ¹⁷

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุไทย

สาเหตุของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลักได้แก่ 1) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดปฐมภูมิ (primary Sarcopenia) สัมพันธ์กับการสูงวัยตามธรรมชาติ และ 2) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดทุติยภูมิ (secondary Sarcopenia) เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายไม่เพียงพอ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการใช้ยา¹⁹ อย่างไรก็ตาม การทบทวนอย่างเป็นระบบโดยมุ่งเน้นในประชากรสูงอายุไทย ที่ผ่านมาเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยเสี่ยงคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศอายุ) และ 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ (กิจกรรมทางกายน้อย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ภาวะทุพโภชนาการ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย)¹³

อายุ (gender) เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุชายไทยที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงถึง 4.30 เท่าของผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี¹³ อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบโครงสร้างของร่างกายไปในทางเสื่อมสภาพลงเมื่ออายุมากขึ้น น้ำหนักของกล้ามเนื้อและกระดูกลดลงสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับอายุรวมถึงการดูดซึมวิตามินดี

ลดลง²⁰ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

เพศ (age) มักพบภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยบ่อยกว่าในเพศชายเมื่อเทียบกับเพศหญิง โดยที่เพศชายมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากขึ้นถึง 2.3 เท่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง¹³ สาเหตุหลักอาจเกี่ยวข้องกับการลดลงของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่เกิดขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นอาจส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อลดลง²⁰ อย่างไรก็ตาม เพศหญิงก็มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนซึ่งเกี่ยวข้องกับการบวนการทางสรีรวิทยาที่ผู้หญิงทุกคนประสบเมื่ออายุมากขึ้นสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อลดลง²¹

กิจกรรมทางกายน้อย (low physical activity) มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุชาวไทย¹³ อาจเนื่องจากการมีกิจกรรมทางกายน้อย มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มกิจกรรมทางกายสามารถลดความชุกของภาวะนี้ได้²¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งในผู้สูงอายุ เฉลี่ยประมาณ 6.1 ชั่วโมงต่อวัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงกว่า 1.33 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการออกกำลังกายระดับปานกลาง²²

ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุชาวไทยซึ่งพบว่ากลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 kg/m² โอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากขึ้นถึง 8.95 เท่าของกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ถึงมาก¹³ นอกจากนี้ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย พบได้ทั้งในกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 kg/m² และกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.0 kg/m² ขึ้นไป¹³ ซึ่งดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์

มักเกี่ยวข้องกับ การมีภาวะทุพโภชนาการและการบริโภคโปรตีนไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ²³ ในทางกลับกัน ดัชนีมวลกายที่เกินเกณฑ์ เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของไขมันในร่างกาย ขณะที่การทำงานของกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง²⁴

เส้นรอบเอว (waist circumference) ที่เกินเกณฑ์ในเพศชายและเพศหญิง โดยเส้นรอบเอวที่มากกว่า 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง และมากกว่า 90 เซนติเมตร ในเพศชายมีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุไทย¹³ ซึ่งเส้นรอบเอวที่สูงขึ้นสะท้อนถึงสัดส่วนของไขมันในร่างกายและโรคอ้วนในช่องท้อง (abdominal obesity) ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการสะสมไขมันในช่องท้องส่งผลกระตุ้นให้เกิดการผลิตไซโตไคน์ที่ส่งผลให้เกิดการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines)²⁵ เห็นได้ว่าการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสามารถป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุชาวไทย ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย 2.78 เท่า มากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านทุพโภชนาการ¹³ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่ประสบกับปัญหาภาวะทุพโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับการขาดพลังงาน กรดอะมิโน²⁶ และการสูญเสียวิตามินดี²⁰ นำไปสู่การลดลงของมวลกล้ามเนื้อ ดังนั้น การจัดการกับภาวะทุพโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและลดความเสี่ยงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการที่อาจเกิดจากภาวะเบื่ออาหารในวัยสูงอายุ (anorexia of aging) ซึ่งเป็นการลดลงของความอยากอาหารและการบริโภคอาหารที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุ พบประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

เพศสถานที่และโรคร่วม การรับรู้ทางประสาทที่บกพร่อง ซึ่งรวมถึงการมองเห็น การได้กลิ่น และการรับรสที่ลดลง ปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น การอักเสบในช่องปาก ฟันปลอมที่ไม่พอดี จำนวนฟันที่ใช้งานได้น้อยลง และปัญหาการกลืน มีผลเสียต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคและข้อจำกัดในการเลือกอาหาร ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในที่สุด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยของระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะที่กระเพาะอาหารมีการทำงานลดลง (delayed gastric emptying) ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ควบคุมความอยากอาหาร เช่น ฮอร์โมนคอเลซิสโตไคนินที่กระตุ้นความอิ่มอยู่ในระดับสูง (satiety-inducing cholecystokinin) และเกรลินในเลือดต่ำ (low circulating ghrelin) และการอักเสบเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุ (inflammaging) มีความสัมพันธ์กับภาวะเบื่ออาหารในวัยสูงอายุ ความผิดปกติทางระบบประสาทโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง และภาวะการอักเสบ รวมถึงการใช้ยาหลายชนิดอาจส่งเสริมให้เกิดภาวะทุพโภชนาการมากยิ่งขึ้น²⁷

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non communicable diseases) มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุชาวไทย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และโรคซึมเศร้า¹³ โดยในผู้ป่วยเบาหวานระดับโกรทฮอร์โมน (growth hormone) เพิ่มขึ้น ในขณะที่ระดับของ IGF-1 (insulin-like growth factor 1) ลดลง ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อลดลงและมวลไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น²⁸ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง มีการเพิ่มระดับ IL-6 (Interleukin-6) และ TNF- α (tumor necrosis factor- α) ซึ่งเป็นไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ อาจส่งผลต่อกระบวนการสลายตัวของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ การสลายตัวนี้อาจทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลง และทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง²⁹

ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุชาวไทย¹³ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องมักมีอาการเบื่ออาหาร ซึ่งส่งผลต่อการบริโภคอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายลดลง ผลที่ตามมาคือภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง³⁰ ปัจจัยเหล่านี้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย นำไปสู่การเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตามมา

บทบาทของอาหารและโภชนาการในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ จากการบริโภคอาหารที่ลดลง เมื่ออายุเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารเฉลี่ยคาดว่าจะลดลงประมาณร้อยละ 25 ทำให้พลังงานที่ได้รับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น³¹ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการใช้พลังงานลดลงจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ การชะลอการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อหรือภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตั้งแต่เนิ่น ๆ และต่อเนื่องเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต ซึ่งอาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยมุ่งเน้นการบริโภคอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม¹⁴

ที่ผ่านมา กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิกระดับนานาชาติเป็นแนวทางให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และป้องกันภาวะทุพโภชนาการและการขาดน้ำในผู้สูงอายุ แนวทางโภชนาการประกอบด้วยหลักการพื้นฐานทั่วไป เช่น เป้าหมายเบื้องต้นในการบริโภค

พลังงานต่อวัน (เช่น 30 กิโลแคลอรี/1 กก.ของน้ำหนักตัว) การบริโภคโปรตีน (อย่างน้อย 1.0 ก./1 กก.ของน้ำหนักตัว) และการดื่มน้ำ (อย่างน้อย 1.6 ลิตร-2.0 ลิตรต่อวัน) การบรรลุเป้าหมายทางโภชนาการที่เหมาะสมนั้นเป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ การปฏิบัติตามคำแนะนำทางโภชนาการของผู้สูงอายุยังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ³² ทีมสหวิชาชีพ จึงควรให้การดูแลด้านโภชนาการโดยมุ่งเน้นคุณภาพอาหารและรูปแบบการบริโภคอาหาร ดังนี้

คุณภาพอาหารและรูปแบบการบริโภคอาหาร

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุมักพบร่วมกับภาวะทุพโภชนาการและเปราะบาง (frailty) การบริโภคโปรตีนไม่เพียงพอทำให้ปัญหานี้รุนแรงขึ้น การเพิ่มการบริโภคโปรตีนช่วยรักษามวลกล้ามเนื้อ ปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งเสริมการควบคุมน้ำหนัก ลดการอักเสบ เพิ่มความไวต่ออินซูลิน และปกป้องมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และสมรรถภาพทางกาย³³ การกำหนดอาหารเพื่อชะลอการสูญเสียกล้ามเนื้อหรือภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยควรให้มีพลังงานและสารอาหารเพียงพอตามลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล เช่น อายุ เพศ โรคร่วม การรักษาที่ได้รับ และระดับการออกกำลังกาย ควรให้ในเวลาที่เหมาะสม การศึกษาผลของโปรแกรมทางโภชนาการมักเน้นที่สารอาหารหรือกลุ่มอาหาร เช่น โปรตีนหรือวิตามินดี³⁴ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ เช่น ธัญพืชเต็มเมล็ด ผลไม้ ผัก โปรตีน วิตามินดี แคลเซียม วิตามินบี 12 โฟเลต และกรดไขมัน จะช่วยลดความเสี่ยงการอักเสบและปัญหาเมแทบอลิซึมของหัวใจ ทำให้สุขภาพดีขึ้น ลดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และการเสียชีวิต³⁵ อาหารที่มีคุณภาพสูงยังเชื่อมโยงกับการทำงานของร่างกายที่ดีขึ้น

โดยเฉพาะอาหารเมดิเตอร์เรเนียน (mediterranean diet) ที่เป็นแนวทางในการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพ³⁶

การบริโภคอาหารสุขภาพที่เน้นพืชเป็นหลัก เช่น โปรตีนจากพืช ผัก ผลไม้ ถั่ว เมล็ดพืช น้ำมันมะกอก หรือน้ำมันพืช เช่น น้ำมันคาโนลา และลดการบริโภคเนื้อแดงและอาหารแปรรูป³⁶ เนื่องจากมีสารที่ออกฤทธิ์ทางชีวภาพสูง เช่น ไฟโตสเตอรอล โพลีฟีนอล และกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (poly unsaturated fatty acid, PUFAs) ที่มีคุณสมบัติต้านการอักเสบและต้านอนุมูลอิสระ ป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน สมอเสื่อม มะเร็ง อาหารเมดิเตอร์เรเนียนจึงสัมพันธ์กับความแข็งแรงและการทำงานของกล้ามเนื้อที่มากขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย³⁷ และเชื่อมโยงกับความสมดุลของวิตามิน เช่น วิตามินอีและซี และสารพฤกษเคมีที่มีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระ³⁸ การอักเสบทำให้เกิดการสลายโปรตีนของกล้ามเนื้อ รบกวนการสังเคราะห์โปรตีนและลดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โพลีฟีนอล เส้นใยอาหาร และกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว และเชิงซ้อน ลดการอักเสบในระบบโดยการลดการสังเคราะห์สารก่อการอักเสบ เช่น C-reactive protein (CRP) interleukin-6 (IL-6) และไฟบริโนเจน³⁹

โปรตีนและกรดอะมิโน

ปริมาณโปรตีนที่เพียงพอในการเพิ่มการสังเคราะห์โปรตีนกล้ามเนื้อให้สูงสุดคือ 15-20 กรัม หรือกรดอะมิโนจำเป็น 7.5 กรัม²⁷ ร่างกายต้องการโปรตีนในรูปแบบของกรดอะมิโนเพื่อใช้ในการสร้างโปรตีนโดยปกติกรดอะมิโนที่ได้รับจากการบริโภคอาหารจะกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนกล้ามเนื้อโดยตรง กรดอะมิโนมีทั้งชนิดที่สังเคราะห์ในร่างกายได้หรือ non essential amino acid และกรดอะมิโนที่ร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ได้ ต้องได้รับจากอาหาร หรือกรดอะมิโนจำเป็น (essential amino acid) 9 ชนิด ได้แก่ ฟีนอลอะลานีน (phenylalanine),

วาเลอีน (valine), ซีโอเนอีน (threonine), ทริปโตฟาน (tryptophan), เมธไธโอเนอีน (methionine), ลิวซีน (leucine), ไอโซลิวซีน (isoleucine), ลัยซีน (lysine) และ ฮิสทีดีน (histidine)

กรดอะมิโนจำเป็นที่สำคัญคือ ลิวซีน ทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนกล้ามเนื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริโภคโปรตีนอย่างเพียงพอสามารถเพิ่มมวลกล้ามเนื้อได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับโปรตีนที่อุดมด้วยลิวซีนในขนาด 1.2–6.0 กรัมของลิวซีนต่อวัน⁴⁰ นอกจากนี้การบริโภคกรดอะมิโนจำเป็นที่เสริมด้วยลิวซีนในระยะยาวร่วมกับการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของมวลกล้ามเนื้อโครงร่างและความเร็วในการเดินในผู้สูงอายุ และสามารถใช้เป็นมาตรการในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาหารที่เป็นแหล่งของลิวซีน ได้แก่ ปลา ไข่ ถั่วเหลือง สาหร่าย

β -hydroxy- β -methyl butyrate (HMB) เป็นเมตาโบไลต์ของลิวซีนที่กระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อ (Muscle protein synthesis, MPS) และยับยั้งการสลายโปรตีน การเสริม HMB สามารถรักษามวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแล โดยเฉพาะปริมาณ 2–3 กรัม/วัน⁴¹ อย่างไรก็ตาม มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การเสริม HMB มีผลเพียงเล็กน้อยในการลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ขณะที่ผลลัพธ์เกี่ยวกับการทำงานและความแข็งแรงของร่างกายยังไม่ชัดเจน⁴² อาจมีความซับซ้อนของกลไกระหว่าง HMB และลิวซีนที่เป็นสารตั้งต้น ดังนั้นจึงไม่ชัดเจนว่าการเสริม HMB จะให้ประโยชน์เพิ่มเติมในกรณีที่มีการบริโภคลิวซีนเพียงพอหรือไม่

โดยสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน แนะนำว่าควรบริโภคโปรตีนคุณภาพสูงในปริมาณปานกลางคือ 25–30 กรัม โดยมีลิวซีนอย่างน้อย 2.5 กรัมใน

แต่ละมื้อ⁴³ เพื่อส่งเสริมสุขภาพกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ การบริโภคโปรตีนควรเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีหลายองค์ประกอบ รวมถึงการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน ซึ่งเป็นการกระตุ้นแอนาโบลิกหลักในการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและเป็นโปรแกรมสำคัญในการรักษาความแข็งแรงและการทำงานของกล้ามเนื้อผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำให้บริโภคมื้ออาหารที่อุดมด้วยโปรตีน โดยเฉพาะในช่วงที่มีภาวะการสลายโปรตีนเฉียบพลัน เช่น การเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่สามารถออกกำลังกายได้ การบริโภคโปรตีนที่มากขึ้นมีความสำคัญในการปกป้องกล้ามเนื้อโครงร่าง ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีการบริโภคโปรตีนในอาหารไม่เพียงพอ ควรพิจารณาการเสริมโปรตีนและกรดอะมิโน

กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนชนิดสายยาว

กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนชนิดสายยาว (Long-chain PUFAs) เช่น กรดไขมันโอเมก้า-3 จากทะเล (marine omega-3) ได้แก่ กรดไอโคซาเพนทาอีโนอิก (eicosapentaenoic acid, EPA) และกรดโดโคซาเฮกซาอีโนอิก (docosahexaenoic acid, DHA) ที่มีอยู่ในปลาที่มีไขมันและผลิตภัณฑ์น้ำมันปลา ที่ผ่านมามีการศึกษาในมิติของรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเนื่องจากมีคุณสมบัติต้านการอักเสบ³⁷ โดยการศึกษาทางระบาดวิทยาพบประสิทธิผลของการบริโภคอาหารที่มี PUFAs ต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทำงานของร่างกายและมวลกล้ามเนื้อ ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน⁴⁴ และการศึกษาเชิงทดลองที่พบว่า การเสริม EPA และ DHA ในช่วง 8 สัปดาห์สามารถเพิ่มอัตราการสังเคราะห์โปรตีนในกล้ามเนื้อของผู้ที่มีสุขภาพดี⁴⁵ ผลดังกล่าวพบร่วมกับการเพิ่มขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ (myofiber size) ซึ่งบ่งชี้ว่ากรดไขมันโอเมก้า-3 อาจมีคุณสมบัติในการสร้างกล้ามเนื้อ จากข้อมูลสนับสนุนโดยการ

ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมน้ำมันปลาต่อความเร็วในการเดินของสตรีสูงอายุ และเพิ่มความแข็งแรงจากการฝึกความต้านทาน เป็นเวลา 6 เดือนด้วยการผสมผสาน DHA และ EPA ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของมวลกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 3.6) ความแข็งแรงของการบีบมือดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ EPA และความแข็งแรงสูงสุดของร่างกายส่วนล่างและส่วนบน (ร้อยละ 4) เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำมันข้าวโพดในผู้สูงอายุ⁴⁶ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หอคอยยังชี้ให้เห็นประสิทธิผลของการเสริมโอเมก้า-3 PUFA ต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะเมื่อร่วมกับการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (resistance exercise)⁴⁷

วิตามินดี

ระดับวิตามินดีในเลือดในรูปของ 25-hydroxy vitamin D3, 25(OH)D หรือ calcifediol ลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากการได้รับแสงแดดไม่เพียงพอ ความสามารถในการสังเคราะห์สารตั้งต้นของวิตามินดีจากการกระตุ้นด้วยแสงยูวีลดลง การทำงานของไตและตับที่บกพร่อง และการบริโภคอาหารที่ลดลง⁴⁸ แม้คนไทยได้รับแสงแดดค่อนข้างมาก แต่ยังพบความชุกของการขาดวิตามินดีประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุ⁴⁹ การขาดวิตามินดีมักพบร่วมกับภาวะเปราะบาง และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย อย่างไรก็ตามกลไกที่วิตามินดีอาจมีผลต่อกล้ามเนื้อในวัยสูงอายุยังไม่ชัดเจน ตัวรับวิตามินดี (vitamin D receptor, VDR) และเอนไซม์ mitochondrial 25(OH)D-1-alpha hydroxylase ซึ่งมีอยู่ในเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ อาจเป็นกลไกหนึ่ง⁵⁰ นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การแสดงออกของตัวรับวิตามินดีลดลงตามอายุ²⁰

ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับวิตามินดีกับความแข็งแรงและการทำงานของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ในผู้ที่ขาดวิตามินดีขั้นรุนแรง (25[OH]D3 < 25 nmol/L)

มีสมรรถภาพทางกายต่ำกว่าและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะขาดวิตามินดี ในกลุ่มที่มีการทำกิจกรรมและไม่มีการทำกิจกรรมพบว่าระดับ 25(OH)D3 ที่ 40 และ 94 nmol/L มีความสัมพันธ์กับความเร็วในการเดินและการทดสอบการลุกขึ้นยืนจากที่นั่งที่เร็วขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความเข้มข้นของวิตามินดี <40 nmol/L⁵¹ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินขนาดที่เหมาะสมและระยะเวลาของการได้รับโปรแกรมรวมทั้งระยะเวลาการคงอยู่ของผลลัพธ์และการผสมผสานของอาหารชนิดต่าง ๆ ที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ

โภชนเภสัชและยาสมุนไพร

ปัจจุบัน โภชนเภสัช (nutraceuticals) และยาสมุนไพร (herbal medicines) ได้รับความสนใจอย่างมากในการป้องกันและรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสภาวะความเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) และการอักเสบ (inflammation) มีบทบาทสำคัญในการเกิดความเสียหายและความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ มวลกล้ามเนื้อน้อยภาวะเปราะบางและสภาวะที่เกี่ยวข้องกับอายุหลายประการรวมถึง การเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative diseases) โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็ง⁵² การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพืชสมุนไพรและสารประกอบออกฤทธิ์ทางชีวภาพจากสมุนไพรธรรมชาติมีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระ ต้านการอักเสบ และต่อต้านวัย⁵³ นอกจากนี้การลดสภาวะความเครียดออกซิเดชันและการอักเสบ มีผลในการป้องกัน หรือการรักษาความเสียหายของกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อน้อย

ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติที่มาจากพืชมีประโยชน์ เช่น เคอร์คูมิน เรสเวอราทรอล คาเทชิน, โปรตีนถั่วเหลือง และโสม ในการจัดการกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยโดย

ผลิตภัณฑ์เหล่านี้สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางกายภาพ และเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ⁵⁴ อาหารจากพืชที่อุดมไปด้วย สารสกัดจากพฤกษศาสตร์ (botanical extracts) และ ไฟโตเคมีคอล (phytochemicals) สามารถช่วยป้องกัน และฟื้นฟูภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ โดยการจัดการ กับความไม่สมดุลของโปรตีน การอักเสบ และความ ผิดปกติของไมโทคอนเดรีย (mitochondria)⁵⁵

เคอร์คูมิน (curcumin) เป็นสารสกัดจากขมิ้น มีคุณสมบัติต้านการอักเสบและสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและเพิ่มความแข็งแรง โดยการปรับปรุงสมรรถภาพทางกาย มวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และการทำงานของไมโทคอนเดรีย⁵⁴

เรสเวราทรอล (resveratrol) เป็นสารต้าน อนุมูลอิสระที่พบในองุ่นและไวน์แดงมีคุณสมบัติเด่น ในการกระตุ้นการสร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มการเผาผลาญ พลังงาน ซึ่งสามารถลดความเครียดออกซิเดชันและ การอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การเสริม เรสเวราทรอลยังมีประโยชน์ในการบรรเทาอาการอักเสบ ที่เกิดจากโรคเบาหวาน และอาจมีส่วนช่วยในการฟื้นฟู มวลกล้ามเนื้อที่ลดลงเนื่องจากอายุและภาวะอ้วนร่วมกับ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย⁵⁶

คาเทชิน (catechins) ที่พบในชาเขียวมีคุณสมบัติ ในการปรับปรุงการทำงานของกล้ามเนื้อและเพิ่ม ความแข็งแรง โดยเฉพาะสารสำคัญในชาเขียวคือ Epigallocatechin-3-gallate (EGCG) การศึกษา ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า EGCG สามารถปรับปรุง กล้ามเนื้อโครงร่างและป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵⁷ คาเทชินสามารถป้องกันชะลอ และรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้โดยการเพิ่ม ประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น การสังเคราะห์โปรตีน และการควบคุมการเผาผลาญ กลูโคสและไขมัน นอกจากนี้ การรวมกันของกรดอะมิโน

ที่จำเป็นกับการเสริมคาเทชินหลังการออกกำลังกาย แบบมีแรงต้านทานยังแสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพ อย่างยิ่งในการรักษามวลกล้ามเนื้อในผู้ที่มีภาวะ มวลกล้ามเนื้อน้อย⁵⁷ เห็นได้ว่าคาเทชินจากชาเขียว ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แต่ยัง เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะ มวลกล้ามเนื้อน้อยด้วย

โปรตีนถั่วเหลือง (soy protein) เป็นแหล่งโปรตีน จากพืชที่มีกรดอะมิโนจำเป็น ช่วยในการสร้างและ ซ่อมแซมกล้ามเนื้อ การเสริมโปรตีนจากถั่วเหลือง ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านในผู้สูงอายุที่ มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย สามารถเพิ่มทั้งมวลกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵⁴

ในภาพรวม ส่วนประกอบของสมุนไพรดังกล่าวนี้ ช่วยกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อ ยับยั้ง การสลายและปรับปรุงการทำงานของกล้ามเนื้อ จึง สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการและป้องกันภาวะ มวลกล้ามเนื้อน้อย ดังนั้นการบูรณาการเป็นอาหาร ประจำวันจะเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันและจัดการภาวะ มวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อจัดการภาวะมวล กล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ

การบริโภคโปรตีนจากพืชมีประสิทธิผล เทียบเคียงกับโปรตีนจากสัตว์ในการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ สามารถเข้าถึงได้ง่าย ปลอดภัย และยั่งยืน นอกจากนี้ ยังพบว่าการบริโภคโปรตีนจากพืชในลักษณะที่ผสมกัน เช่น โปรตีนจากข้าวสาลี ข้าวโพด และถั่ว ยังช่วยให้ อัตราการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อใกล้เคียงกับโปรตีน จากสัตว์ เช่น โปรตีนนม⁵⁸ แม้ว่าโปรตีนจากสัตว์จะมี กรดอะมิโนที่สมดุลมากกว่า แต่การบริโภคจากพืชใน ปริมาณที่เพียงพอก็สามารถส่งผลดีต่อการเจริญเติบโต

ของกล้ามเนื้อ (muscle growth) ได้ การบริโภคอาหาร มังสวิรัติที่มีคุณภาพและอาหารที่มีโปรตีนสูงจากทุกแหล่ง ยังสนับสนุนอัตราการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อ ได้เช่นกัน⁵⁹

การบริโภคโปรตีนคุณภาพ จึงเป็นอาหารสุขภาพ ที่แนะนำสำหรับการป้องกันและจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอาหารเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งเน้นการ บริโภคโปรตีนจากพืช เช่น เมล็ดธัญพืช (whole grains) ประกอบด้วยเอนโดสเปิร์ม (endosperm) จมูกข้าว และ รำข้าว ที่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์และสารพฤกษเคมี ในรำข้าวและจมูกข้าวในปริมาณมาก นอกจากนี้ยังมี ถั่ว เมล็ดพืช และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ผักและผลไม้ อาหารที่มีใยอาหารสูง รวมทั้งไขมันที่ดีต่อสุขภาพ โดยโปรตีนจากพืชสามารถหาได้ง่ายจากแหล่งชุมชน ซึ่งมีข้อดีทั้งในด้านความประหยัดและความยั่งยืน ใน มิติของความประหยัด คือโปรตีนจากพืชราคาถูกกว่า เนื้อสัตว์จึงเป็นทางเลือกที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านอาหาร และสามารถปลูกได้เองในสวนหรือแปลงผัก เช่น ถั่วลิสง ถั่วเขียว และผักใบเขียวต่าง ๆ รวมทั้งโปรตีนจากพืช หลายชนิดยังเก็บรักษาง่าย และเก็บได้นาน เช่น ถั่ว และธัญพืช ในมิติของความยั่งยืน การเลือกบริโภค โปรตีนจากพืชเป็นการสนับสนุนการเกษตรที่ยั่งยืนและ ลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจากขั้นตอนการ ผลิตโปรตีนจากพืชใช้ทรัพยากรน้อยกว่าการผลิตจากสัตว์ และลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เป็นสาเหตุของ ภาวะโลกร้อนได้ รวมทั้งมีความยั่งยืนในด้านการใช้น้ำ เนื่องจากการปลูกพืชใช้ปริมาณน้ำน้อยกว่าการเลี้ยงสัตว์ และยังส่งเสริมการเกษตรในท้องถิ่นจากการปลูกพืช ในชุมชน

เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมการบริโภคสู่ความยั่งยืน ในการจัดการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ ผู้นิพนธ์นำเสนอตัวอย่างเมนูอาหารซึ่งสามารถปรับเปลี่ยน ได้ตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ละราย ดังนี้

ตัวอย่างเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนัก 60 กิโลกรัม (แหล่งโปรตีนจากพืชและสัตว์)

ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนัก 60 กิโลกรัม ควรได้รับโปรตีน อย่างน้อยวันละ 60 กรัม ดังนี้

อาหารเช้า

- 1) ข้าวต้มปลา: ข้าวต้มกับปลาน้ำจืด เช่น ปลานิล (7 กรัมโปรตีน)
- 2) ไข่ต้มหรือไข่ตุ๋น: ไข่ 1 ฟอง (6 กรัมโปรตีน)
- 3) ผลไม้สด: เช่น กล้วย 1 ผล (1/2 กรัมโปรตีน) หรือ ส้ม 1 ผล (1/2 กรัมโปรตีน)

อาหารกลางวัน

- 1) แกงจืดตำลึงเต้าหู้หมูสับ: เต้าหู้ไข่ 1/2 หลอด (6 กรัมโปรตีน) + หมูสับ 2 ช้อนโต๊ะ (7 กรัมโปรตีน)
- 2) อกไก่ผัดขิง (อกไก่ 2 ช้อนโต๊ะ 7 กรัมโปรตีน) หรือปลานึ่งมะนาว (ปลา 7 กรัมโปรตีน)

อาหารว่าง

- 1) นมถั่วเหลือง: นมถั่วเหลือง 1 แก้ว (6 กรัม โปรตีน) หรือ
- 2) ถั่วลิสงคั่ว: ถั่วลิสงคั่ว 1 กำมือ (6 กรัมโปรตีน) หรือ

- 3) โยเกิร์ต: โยเกิร์ต 1 ถ้วย (5-6 กรัมโปรตีน)

อาหารเย็น

- 1) ข้าวกล้องกับถั่วลูกไก่: ข้าวกล้อง 1.5 ทัพพี (4 กรัมโปรตีน) + ถั่วลูกไก่ (1/2 ทัพพี 10 กรัมโปรตีน)
- 2) แกงเลียงกุ้ง: แกงเลียงที่มีเห็ด ข้าวโพด ผัก ต่าง ๆ และกุ้ง (กุ้ง 2 ช้อนโต๊ะ 7 กรัมโปรตีน)

ตัวอย่างเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนัก 60 กิโลกรัม (แหล่งโปรตีนจากพืช)

อาหารเช้า

- 1) ข้าวต้มถั่วเขียว: ข้าวต้มกับถั่วเขียว (ถั่วเขียว 1/2 ทัพพี 7 กรัมโปรตีน)
- 2) นมถั่วเหลือง: นมถั่วเหลือง 1 แก้ว (6 กรัมโปรตีน)
- 3) ผลไม้สด: เช่น กล้วย 1 ผล (1/2 กรัมโปรตีน)

หรือ ส้ม 1 ผล (1/2 กรัมโปรตีน)

อาหารกลางวัน

1) แกงจืดเต้าหู้: เต้าหู้ไข่ 1/2 หลอด (6 กรัมโปรตีน) + ผักต่าง ๆ เช่น แครอท บร็อคโคลี หรือ

2) เต้าหู้อบหม้อดิน (6 กรัมโปรตีน) หรือต้มจืดฟองเต้าหู้ (6 กรัมโปรตีน)

3) ผัดผักรวมกับถั่วลูกไก่: ถั่วลูกไก่ 1/2 ถ้วย (10 กรัมโปรตีน) + ผักต่าง ๆ

4) ผลไม้สด: เช่น กล้วย 1 ผล (1/2 กรัมโปรตีน) หรือ ส้ม 1 ผล (1/2 กรัมโปรตีน)

อาหารว่าง

1) ถั่วลิสงคั่ว: ถั่วลิสงคั่ว 1 กำมือ (6 กรัมโปรตีน) หรือ ทอดมันข้าวโพด (6 กรัมโปรตีน) หรือซูปเห็ด (6 กรัมโปรตีน) หรือยำเห็ด (6 กรัมโปรตีน)

อาหารเย็น

1) ข้าวกล้องกับถั่วลิสง: ข้าวกล้อง 1.5 ถ้วย (4 กรัมโปรตีน) + ถั่วลิสงคั่ว 1 กำมือ (6 กรัมโปรตีน) แกงเลียงเห็ด: แกงเลียงที่มีเห็ด ข้าวโพด ผักต่าง ๆ และเต้าหู้ (10 กรัมโปรตีน)

2) นมถั่วเหลือง: นมถั่วเหลือง 1 แก้ว (6 กรัมโปรตีน)

พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการบริโภคโปรตีนที่มีคุณภาพในชุมชน ทีมสหวิชาชีพสามารถให้คำปรึกษาผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนในการเลือกอาหารชนิดที่มีโปรตีนและวิธีการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมทั้งการสร้างเครือข่ายกับองค์กรท้องถิ่นและกลุ่มเกษตรกรเพื่อสนับสนุนการผลิตและการบริโภคโปรตีนอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยชะลอการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุ

References

1. UN General Assembly. (2015). Resolution adopted by the general assembly on September 25, 2015. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
2. World Health organization. Building leadership and capacity for the UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030). Available from: [https://www.who.int/activities/building-leadership-and-capacity-for-the-un-decade-of-healthy-ageing-\(2021-2030\)](https://www.who.int/activities/building-leadership-and-capacity-for-the-un-decade-of-healthy-ageing-(2021-2030))
3. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz046> PMID: 30312372
4. Falcon LJ, Harris-Love MO. Sarcopenia and the new ICD-10-CM code: screening, staging, and diagnosis considerations. Fed Pract. 2017;34(7):24–32 PMID: 28867927
5. Kim TN, Choi KM. Sarcopenia: definition, epidemiology, and pathophysiology. J Bone Metab. 2013;20(1):1–10. <https://doi.org/10.11005/jbm.2013.20.1.1> PMID: 24524049
6. Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, Cederholm T, Ballesteros-Pomar MD, Batsis JA, et al. Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement. Obes Facts. 2022; 15(3):321–35. <https://doi.org/10.1159/000521241> PMID: 35196654
7. Gao Q, Mei F, Shang Y, Hu K, Chen F, Zhao L, et al. Global prevalence of sarcopenic obesity in older adults: A systematic review and meta-analysis. Clin Nutr. 2021; 40(7): 4633–41. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.06.009> PMID: 34229269

8. Zhang X, Huang P, Dou Q, Wang C, Zhang W, Yang Y, et al. Falls among older adults with sarcopenia dwelling in nursing home or community: a meta-analysis. *Clinical Nutrition*. 2020;39(1):33–9. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.01.002>. PMID: 30665817
9. Cawthon PM, Lui LY, Taylor BC, McCulloch CE, Cauley JA, Lapidus J, et al. Clinical definitions of sarcopenia and risk of hospitalization in community-dwelling older men: the osteoporotic fractures in men study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017;72(10):1383–9. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw327> PMID: 28329087
10. Veronese N, Demurtas J, Soysal P, Smith L, Torbahn G, Schoene D, et al. Sarcopenia and health-related outcomes: an umbrella review of observational studies. *Eur Geriatr Med*. 2019;10(6):853–62. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00233-w> PMID: 34652767
11. Zhang X-M, Chen D, Xie X-H, Zhang J-E, Zeng Y, Cheng AS. Sarcopenia as a predictor of mortality among the critically ill in an intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1):339. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02276-w> PMID: 34078275
12. Petermann-Rocha F, Balntzi V, Gray SR, Lara J, Ho FK, Pell JP, et al. Global prevalence of sarcopenia and severe sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2022;13(1):86–99. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12783> PMID: 34816624
13. Whaikid P, Piaseu N. The prevalence and factors associated with sarcopenia in Thai older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Sci*. 2024;11(1):31–45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.11.002> PMID: 38352283
14. Whaikid P, Piaseu N. The effectiveness of protein supplementation combined with resistance exercise programs among community-dwelling older adults with sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Health*. 2024;46:e2024030. <https://doi.org/10.4178/epih.e2024030> PMID: 38374703
15. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010;39(4):412–23. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034> PMID: 20392703
16. Chen LK, Liu LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Bahyah KS, et al. Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(2):95–101. doi: 10.1016/j.jamda.2013.11.025 PMID: 24461239
17. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian working group for sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(3):300–7.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.12.012> PMID: 32033882
18. Barbosa-Silva TG, Menezes AM, Bielemann RM, Malmstrom TK, Gonzalez MC. Enhancing SARC-F: Improving sarcopenia screening in the clinical practice. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1136–41. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.004> PMID: 27650212.
19. Wakabayashi H, Sakuma K. Rehabilitation nutrition for sarcopenia with disability: a combination of both rehabilitation and nutrition care management. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2014;5(4):269–77. <https://doi.org/10.1007/s13539-014-0162-x> PMID: 25223471

20. Priego T, Martín AI, González-Hedström D, Granado M, López-Calderón A. Chapter Twenty – Role of hormones in sarcopenia. In: Litwack G, editor. Vitam Horm. 2021;115:535–570. <https://doi.org/10.1016/bs.vh.2020.12.021> PMID: 33706961.
21. Geraci A, Calvani R, Ferri E, Marzetti E, Arosio B, Cesari M. Sarcopenia and menopause: the role of estradiol. Front Endocrinol (Lausanne). 2021;12: 682012. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.682012> PMID: 34093446
22. Gianoudis J, Bailey C, Daly R. Associations between sedentary behaviour and body composition, muscle function and sarcopenia in community-dwelling older adults. Osteoporos Int. 2015;26(2):571–9. <https://doi.org/10.1007/s00198-014-2895-y> PMID: 25245026
23. Shaw S, Dennison E, Cooper C. Epidemiology of sarcopenia: determinants throughout the lifecourse. Calcif Tissue Int. 2017;101(3):229–47. <https://doi.org/10.1007/s00223-017-0277-0> PMID: 28421264
24. Barazzoni R, Bischoff SC, Boirie Y, Busetto L, Cederholm T, Dicker D, et al. Sarcopenic obesity: Time to meet the challenge. Clin Nutr. 2018;37(6 Pt A):1787–93. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.04.018> PMID: 29857921
25. Ryu M, Jo J, Lee Y, Chung Y-S, Kim K-M, Baek W-C. Association of physical activity with sarcopenia and sarcopenic obesity in community-dwelling older adults: the Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Age Ageing. 2013; 42(6):734–40. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft063> PMID: 23761456
26. Chew STH, Tey SL, Yalawar M, Liu Z, Baggs G, How CH, et al. Prevalence and associated factors of sarcopenia in community-dwelling older adults at risk of malnutrition. BMC Geriatr. 2022;22(1):997. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03704-1> PMID: 36564733
27. Calvani R, Miccheli A, Landi F, Bossola M, Cesari M, Leeuwenburgh C, et al. Current nutritional recommendations and novel dietary strategies to manage sarcopenia. J Frailty Aging. 2013;2(1):38–53 PMID: 26082911
28. Wiedmer P, Jung T, Castro JP, Pomatto LC, Sun PY, Davies KJ, et al. Sarcopenia–Molecular mechanisms and open questions. Ageing Res Rev. 2021;65: 101200. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101200> PMID: 33130247
29. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. Biol Psychiatry. 2010;67(5):446–57. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.09.033> PMID: 20015486
30. Yang Y, Xiao M, Leng L, Jiang S, Feng L, Pan G, et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and correlation of mild cognitive impairment in sarcopenia. Journal of cachexia, sarcopenia and muscle. 2023;14(1):45–56. <https://doi.org/10.1002/jcsm.13143> PMID: 36529141
31. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2022;41:958–89. <https://doi.org/10.1016/J.CLNU.2022.01.024> PMID: 35306388
32. Borkent J, Manders M, Nijhof A, Wijk L, Feskens EJM, Naumann E, et al. Too low protein and energy intake in nursing home residents. Nutrition. 2023;110: 112005. <https://doi.org/10.1016/J.NUT.2023.112005> PMID: 36966585
33. Coelho-Junior HJ, Calvani R, Gonçalves IO, Rodrigues B, Picca A, Landi F, et al. High relative consumption of vegetable protein is associated with faster walking speed in well-functioning older adults. Aging Clin Exp Res. 2019;31(6):837–44. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01216-4> PMID: 31115875

34. Orsso CE, Montes-Ibarra M, Findlay M, van der Meij BS, de van der Schueren MAE, Landi F, et al. Mapping ongoing nutrition intervention trials in muscle, sarcopenia, and cachexia: a scoping review of future research. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2022;13:1442–59. <https://doi.org/10.1002/JCSM.12954> PMID: 35301816
35. Bloom I, Pilgrim A, Jameson KA, Dennison EM, Sayer AA, Roberts HC, et al. The relationship of nutritional risk with diet quality and health outcomes in community-dwelling older adults. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33:2767–76. <https://doi.org/10.1007/S40520-021-01824-Z> PMID: 34255296
36. Krznarić Z, Karas I, Ljubas Kelečić D, Vranešić Bender D. The Mediterranean and Nordic diet: a review of differences and similarities of two sustainable, health promoting dietary patterns. *Front Nutr*. 2021; 8:683678. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.683678> PMID: 34249991
37. Cacciatore S, Calvani R, Marzetti E, Picca A, Coelho-Júnior HJ, Martone AM, et al. Low adherence to Mediterranean diet is associated with probable sarcopenia in community-dwelling older adults: results from the longevity check-up (lookup) 7+ project. *Nutrients* 2023;15(4):1026. <https://doi.org/10.3390/nu15041026> PMID: 36839385
38. Granic A, Dismore L, Hurst C, Robinson SM, Sayer AA. Myoprotective whole foods, muscle health and sarcopenia: a systematic review of observational and intervention studies in older adults. *Nutrients* 2020;12:2257. <https://doi.org/10.3390/nu12082257> PMID: 32731580
39. Itsiopoulos C, Mayr HL, Thomas CJ. The anti-inflammatory effects of a mediterranean diet: a review. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2022;25:415–22. <https://doi.org/10.1097/MCO.00000000000000872> PMID: 36039924
40. Martínez-Arnau FM, Fonfria-Vivas R, Cauli O. Beneficial effects of leucine supplementation on criteria for sarcopenia: a systematic review. *Nutrients*. 2019;11(10). <https://doi.org/10.3390/nu11102504> PMID: 31627427
41. Katsanos CS, Kobayashi H, Sheffield-Moore M, Aarsland A, Wolfe RR. A high proportion of leucine is required for optimal stimulation of the rate of muscle protein synthesis by essential amino acids in the elderly. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2006; 291(2):E381–7. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.00488.2005> PMID: 16507602
42. Phillips SM, Paddon-Jones D, Layman DK. Optimizing adult protein intake during catabolic health conditions. *Adv Nutr*. 2020;11:S1058–69. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa129> PMID: 32666115
43. Phillips SM, Martinson W. Nutrient-rich, high-quality, protein-containing dairy foods in combination with exercise in aging persons to mitigate sarcopenia. *Nutr Rev*. 2019;77(4):216–29. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuy062> PMID: 30561677
44. Welch AA, MacGregor AJ, Minihane AM, Skinner J, Valdes AA, Spector TD, et al. Dietary fat and fatty acid profile are associated with indices of skeletal muscle mass in women aged 18–79 years. *J Nutr*. 2014; 144:327–34. <https://doi.org/10.3945/jn.113.185256> PMID: 24401817
45. Smith GI, Atherton P, Reeds DN, Mohammed BS, Rankin D, Rennie MJ, et al. Omega-3 polyunsaturated fatty acids augment the muscle protein anabolic response to hyperinsulinaemia-hyperaminoacidaemia in healthy young and middle-aged men and women. *Clin Sci (Lond)* 2011;121:267–78. <https://doi.org/10.1042/CS20100597> PMID: 21501117
46. Smith GI, Jullian S, Reeds DN, Sinacore DR, Klein S, Mittendorfer B. Fish oil-derived n-3 PUFA therapy increases muscle mass and function in healthy older adults. *Am J Clin Nutr*. 2015;102:115–22. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.105833> PMID: 25994567

47. Cornish SM, Cordingley DM, Shaw KA, Forbes SC, Leonhardt T, Bristol A, et al. Effects of omega-3 supplementation alone and combined with resistance exercise on skeletal muscle in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2022;14:2221. <https://doi.org/10.3390/NU14112221> PMID: 35684018
48. Kweder H, Eidi H. Vitamin D deficiency in elderly: Risk factors and drugs impact on vitamin D status. *Avicenna J Med*. 2018;8(4):139-46. https://doi.org/10.4103/ajm.AJM_20_18 PMID: 30319955
49. Siwamogsatham O, Ongphiphadhanakul B, Tangpricha V. Vitamin D deficiency in Thailand. *J Clin Transl Endocrinol*. 2014;2(1):48-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2014.10.004> PMID: 29159109
50. Srikuera R, Zhang X, Park-Sarge OK, Esser KA. VDR and CYP27B1 are expressed in C2C12 cells and regenerating skeletal muscle: potential role in suppression of myoblast proliferation. *Am J Physiol Cell Physiol*. 2012;303:C396-405. <https://doi.org/10.1152/AJPCELL.00014.2012> PMID: 22648952
51. Bischoff-Ferrari HA, Dietrich T, Orav EJ, Hu FB, Zhang Y, Karlson EW, et al. Higher 25-hydroxyvitamin D concentrations are associated with better lower-extremity function in both active and inactive persons aged > or =60 y. *Am J Clin Nutr*. 2004;80:752-8. <https://doi.org/10.1093/AJCN/80.3.752> PMID: 15321818
52. Liguori I, Russo G, Curcio F, Bulli G, Aran L, Della-Morte D, et al. Oxidative stress, aging, and diseases. *Clin Interv Aging*. 2018;13:757-72. <https://doi.org/10.2147/CIA.S158513> PMID: 29731617
53. Alidadi M, Jamialahmadi T, Cicero AFG, Bianconi V, Pirro M, Banach M, et al. The potential role of plant-derived natural products in improving arterial stiffness: A review of dietary intervention studies. *Trends in Food Science & Technology*. 2020;99:426-40. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2020.03.026>
54. Bagherniya M, Mahdavi A, Shokri-Mashhadi N, Banach M, Von Haehling S, Johnston TP, et al. The beneficial therapeutic effects of plant-derived natural products for the treatment of sarcopenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2022;13(6):2772-90. <https://doi.org/10.1002/jcsm.13057> PMID: 35961944
55. Kim J, Lee JY, Kim CY. A Comprehensive review of pathological mechanisms and natural dietary ingredients for the management and prevention of sarcopenia. *Nutrients*. 2023;15(11):2625. <https://doi.org/10.3390/nu15112625> PMID: 37299588
56. Jia Ping Wu* and Dan Guo. The Effect of Resveratrol Supplements on Sarcopenic Obesity Mice Skeletal Muscle. *Am J Biomed Sci & Res*. 2023 18(2) AJBSR. MS.ID.002445. <https://doi.org/10.34297/AJBSR.2023.18.002445>.
57. Tokuda Y, Mori H. Essential amino acid and tea catechin supplementation after resistance exercise improves skeletal muscle mass in older adults with sarcopenia: an open-label, pilot, randomized controlled trial. *J Am Nutr Assoc*. 2023;42(3):255-62. <https://doi.org/10.1080/07315724.2022.2025546> PMID: 35512762
58. Pinckaers PJM, Kow IWK, Gorissen SHM, Houben LHP, Senden JM, Wodzig W, et al. The muscle protein synthetic response to the ingestion of a plant-derived protein blend does not differ from an equivalent amount of milk protein in healthy young males. *J Nutr*. 2023;152(12):2734-43. <https://doi.org/10.1093/jn/nxac222> PMID: 36170964
59. Monteyne AJ, Coelho MOC, Murton AJ, Abdelrahman DR, Blackwell JR, Koscienc CP, et al. Vegan and omnivorous high protein diets support comparable daily myofibrillar protein synthesis rates and skeletal muscle hypertrophy in young adults. *J Nutr*. 2023;153(6):1680-95. <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2023.02.023> PMID: 36822394

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสภาการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการภาษาไทย ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม-มีนาคม / เมษายน-มิถุนายน / กรกฎาคม - กันยายน / ตุลาคม-ธันวาคม)

วัตถุประสงค์ วารสารสภาการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งในการเผยแพร่ผลงานวิชาการทั้งที่เป็นงานวิจัย บทความวิชาการ นวัตกรรมและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงเป็นแหล่งในการสืบค้นความรู้ทางวิชาการและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนทางวิชาการของสมาชิกร่วมวิชาชีพทั้งที่เป็นนักวิชาการและพยาบาลวิชาชีพ

ขอบเขตการรับบทความ วารสารสภาการพยาบาลเปิดรับบทความที่มีคุณภาพทั้งที่เป็นบทความวิชาการ งานวิจัยทางการพยาบาล การทบทวนวรรณกรรม การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้อง

คำแนะนำในการเตรียมบทความ การส่งผลงานเข้ามาเพื่อรับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสภาการพยาบาลมีข้อแนะนำดังนี้

1. บทความวิชาการนั้น ๆ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนหรือไม่อยู่ระหว่างการรอผลการพิจารณาจากวารสารอื่นหรือส่งไปยังวารสารอื่นซ้อนกัน

2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้น ๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

3. บทความที่ส่งเข้ามานั้น ผู้เขียนต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วและไม่มี การลอกเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน เรื่องนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นประเด็นจริยธรรมของผู้เขียนบทความโดยทางศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) จะมีระบบในการตรวจสอบการลอกเลียนงานวิชาการทุกบทความที่เข้าในระบบ ThaiJO การป้องกันการ ลอกเลียนงานวิชาการผู้เขียนสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <https://stanglibrary.wordpress.com/tag/plagiarism/>

4. บทความวิชาการที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจะต้องมีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

หมายเหตุ: การส่งบทความเข้ามายังระบบออนไลน์ เจ้าของบทความจะต้องพิจารณาและกรอกแบบฟอร์มเพื่อยืนยันตามข้อ 1-4 การส่งบทความเข้ามาในระบบจึงจะมีความสมบูรณ์

5. องค์ประกอบของบทความแต่ละประเภท มีดังนี้

5.1 บทความวิชาการ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการแสดงเนื้อหาที่เป็น ความรู้ใหม่ หรือ update ความรู้ที่มีอยู่เดิมหรือเขียนเชิงวิเคราะห์ในประเด็นที่เป็นที่สนใจของวิชาชีพแต่ยังมีความเห็นไม่เป็นที่ยุติทางเดียวกันหรือการนำเสนอกรณีศึกษาที่น่าสนใจเพื่อการนำไปใช้หรือต่อยอดการสร้างองค์ความรู้ต่อไป องค์ประกอบของบทความวิชาการ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อหาสาระและบทสรุป ต่อท้ายด้วยการอ้างอิงตามลำดับ

5.2 การพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการสังเคราะห์จากกลุ่มงานวิจัยเพื่อนำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-Based Practice) ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการตามแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เลือกใช้ เน้นความเข้มงวดในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับบริบทและนำไปใช้ได้จริง ต่อด้วยการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ข้อจำกัด (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิงตามลำดับ

5.3 บทความวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ประกอบด้วยบทนำ วัตถุประสงค์ของการวิจัย การออกแบบการวิจัย ผลการวิจัย ข้อเสนอแนะ และคำสำคัญ) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิดของการวิจัย (หากมีไดอะแกรม/แผนภาพ นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) วิธีดำเนินการศึกษา (การออกแบบวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย (ในส่วนของการนำเสนอหรือกราฟ/ภาพ นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) การอภิปรายผลและข้อสรุป ข้อจำกัดของการวิจัย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้และเอกสารอ้างอิงตามลำดับ

5.4 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผลและข้อสรุป เอกสารอ้างอิง

5.5 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง ตามระเบียบของวารสารสภาการพยาบาลใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เอกสารอ้างอิงต้องทันสมัย (Update) ตรงกับเนื้อหาในบทความและไม่ควรเกิน 30 เรื่อง

6. การพิมพ์บทความ ต้องพิมพ์ด้วย Microsoft Word ตัวอักษร Angsana New, Font ขนาด 16 point, Double space ใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา ถ้าจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกด้วยชื่อเต็มก่อนแล้วจึงใช้ชื่อย่อได้ภายหลัง การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวใหญ่ ความยาวของบทความอยู่ระหว่าง 10-15 หน้า ขึ้นกับเนื้อหา (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง)

7. การพิจารณาบทความ บทความที่ส่งเข้ามานั้นจะต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) เบื้องต้นบรรณาธิการจะเป็นผู้อ่านและพิจารณาเนื้อหาคร่าว ๆ ว่าบทความนั้น ๆ เนื้อหาต้องตรงกับขอบเขตการรับบทความที่วารสารสภาการพยาบาลต้องกำหนด จากนั้น จึงพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่จะประเมินบทความนั้น

จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุดและไม่ใช้ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับเจ้าของบทความ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิมี 3 ท่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านจะไม่ทราบว่าเป็นใครของบทความเป็นใครเหมือนกัน เจ้าของบทความจะไม่ทราบว่าใครคือผู้ที่พิจารณาบทความของตน (Double-Blind) ระยะเวลาในการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ระหว่าง 2-3 สัปดาห์ ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ไม่สมควรรับตีพิมพ์ โดยระบุเหตุผล หรือ สมควรรับตีพิมพ์โดยต้องแก้ไขในระดับเล็กน้อยหรือมากพร้อมระบุข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไข จากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ หากผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน บรรณาธิการอาจพิจารณาเพิ่มผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ ท่านที่ 4 ในการให้ความเห็น จากนั้นบรรณาธิการจะพิจารณาภาพรวมอีกครั้งแล้วสรุปข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขไปยังเจ้าของบทความ ความเร็วหรือช้าขึ้นกับประเด็นแก้ไขมีมากหรือน้อย และระยะเวลาในการแก้ไขของผู้เขียน โดยทั่วไประยะเวลาตั้งแต่รับบทความจนได้รับการตีพิมพ์ใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

8. การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง ดังกล่าวแล้ววารสารสมาคมการพยาบาลใช้ระบบการอ้างอิงของ Vancouver ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (References)

8.1 การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) การนำผลงานของบุคคลอื่น มาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง ในกรณีที่มีการอ้างอิงบทความเดิมซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิงทุกครั้ง

8.1.1 การอ้างอิงที่เน้นที่ผู้เขียนหรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียนดังตัวอย่าง

ในปี ค.ศ. 2017 Da Fonseca และคณะ¹ ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 142 รายที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยการให้ยา progesterone 100 มิลลิกรัมสอดทางช่องคลอด ตั้งแต่ 24 สัปดาห์จนถึง 34 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับยาหลอก พบว่า การให้ยามีผลในการลดการคลอดก่อน 37 และ 34 สัปดาห์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหาหรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขการอ้างอิงหลังข้อความนั้น ดังตัวอย่าง

การคลอดก่อนกำหนด คือ การคลอดที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ซึ่งปัจจุบันแบ่งเป็น early preterm คือ การคลอดที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 34 สัปดาห์ และ late preterm คือ การคลอดที่เกิดช่วงอายุ ครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน¹²

8.1.3 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่การอ้างอิงตัวเลขเป็นลำดับต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายดังก้าง (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าลำดับตัวเลขการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข ดังตัวอย่าง

ในปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ปรับเปลี่ยนเกณฑ์โดยเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ ในระดับ CD4 ที่สูงขึ้นกว่าเดิม⁶⁻⁷ ดังนั้นการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่มีอาการ หรือสามารถวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้เร็ว จึงเป็นมาตรการที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแนวทางการรักษาและก่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด^{7,24}

9. เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (References) เป็นการจัดเอกสารอ้างอิงตามตัวเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งการระบุตัวเลขจะต้องตรงกับตัวเลขที่อ้างอิงในเนื้อหา การเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันไปตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น หนังสือ บทความในวารสาร วิทยานิพนธ์ เอกสารจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

อนึ่ง สำหรับวารสารสหภาพการพยาบาลนั้น เนื่องจากเป็นวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูลของ Asean Citation Index (ACI) เอกสารอ้างอิงทั้งหมดต้องเป็นภาษาอังกฤษ ดังนั้นหากผู้เขียนอ้างอิงด้วยเอกสาร วิชาการใด ๆ ที่เป็นภาษาไทย จึงจำเป็นต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด และกำกับไว้ตอนท้ายว่า (in Thai) โดยมีหลักการดังนี้

9.1 ผู้เขียนชาวต่างประเทศหรือคนไทยให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Ada Hamosh	ใช้ว่า	Hamosh A.
Mark R. Brinker	ใช้ว่า	Brinker MR.
Khachornjakdi Silpapojakul	ใช้ว่า	Silpapojakul K.
Robert C. Bast, Jr. and Jory D. Richman	ใช้ว่า	Bast RC Jr, Richman JD.

9.2 ผู้เขียนหลายคน ให้ใส่ชื่อผู้เขียนได้ไม่เกิน 6 คน ระหว่างชื่อผู้เขียนแต่ละคนใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นและเว้น 1 ตัวอักษร กรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้คงไว้เฉพาะผู้เขียน 6 คนแรก หลังชื่อคนที่ 6 ต่อด้วยเครื่องหมาย จุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษรแล้วตามด้วย “et al” ดังตัวอย่าง

Ridker PM, Macfadyen JG, Nordestgaard BG, Koenig W, Kastelein JJ, Genest J, et al.

9.3 ผู้เขียนที่เป็นนิติบุคคล ได้แก่ หน่วยงาน องค์กร บริษัท สถาบัน มหาวิทยาลัย เป็นต้น ให้ใส่ชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามด้วยหน่วยงานรอง ตามลำดับ ระหว่างชื่อหน่วยงานตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) และเว้น 1 ตัวอักษร ดังตัวอย่าง

American Cancer Society.

World Health Organization. Epidemiology Division.

Mahidol University. Faculty of Nursing. Surgical Nursing Department.

9.4 กรณีที่มีชื่อเรื่องย่อยให้ใช้เครื่องหมายทวิภาค (:) ตามหลังชื่อเรื่องหลักและเว้น 1 ตัวอักษร และหลังเครื่องหมายทวิภาค (:) ให้ใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์เล็ก ดังตัวอย่าง

Nausea and vomiting: mechanisms and management.

Statin-induced self-management theory: a review and update.

9.5 กรณีเป็นหนังสือ ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ของหนังสือให้ใส่เฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป โดยใส่ต่อจากชื่อเรื่อง ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) และเว้น 1 ตัวอักษร เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed.

9.5.1 สถานที่พิมพ์ (Place) และสำนักพิมพ์ (Publisher) ของหนังสือ กรณีที่ชื่อเมืองไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลายให้ระบุชื่อรัฐกำกับไว้ในวงเล็บด้วย ดังตัวอย่าง

New York: McGraw-Hill; 2013.

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Libertyville (IL): Hollister; 2009.

St Louis (MO): Mosby; 2012.

9.5.2 ให้ตัดคำประกอบอื่น ๆ ในชื่อนักพิมพ์ออก เช่น Publisher, Co., Inc., Limited,

ดังตัวอย่าง

Lexi-Comp, Inc ใช้ว่า Lexi-Comp

Hollister Incorporated ใช้ว่า Hollister

9.5.3 กรณีใช้ชื่อนายงาน หรือ สถาบัน เป็นสำนักพิมพ์หรือผู้จัดพิมพ์ ให้ใช้ชื่อนายงาน
รอง และ ตามด้วยชื่อนายงานใหญ่ ตามลำดับ ระหว่างชื่อนายงานเว้น 1 ตัวอักษร ดังตัวอย่าง

Nonthaburi: Department of Disease Control: 2562.

Geneva: World Health Organization; 2012.

Songkhlanakarin: Department of Nursing Service, Songkhlanakarin Hospital; 2561.

9.6 เลขหน้า (Page) ของเอกสารอ้างอิง ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับ
หน้าแรก และตัดตัวเลขหน้าแรกเหมือนกันออกสำหรับหน้าสุดท้าย ดังตัวอย่าง

หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201

หน้า 1098-1105 ใช้ 1098-105 หน้า 2536-2549 ใช้ 2536-49

หน้า S104-S111 ใช้ S104-11 หน้า 105e-117e ใช้ 105e-17e

9.7 รูปแบบเอกสารอ้างอิงประเภทต่าง ๆ

9.7.1 บทความวารสาร (Journal Article) มี 2 รูปแบบ คือ

- วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

รูปแบบที่ 1 (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน./ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ ปีพิมพ์;ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

หมายเหตุ วารสารที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็มของวารสาร

ตัวอย่าง:

1. Polsook R, Aungsueroch Y, Thanasilp S. Factors predicting medication adherence among Thai post myocardial infarction patients. J Health Res. 2013;27:211-6.
2. Veeratterapillay R, Shaw MB, Williams R, Haslam P, Lall A, Dela Hunt M, et al. Safty and efficacy of percutaneous nephrolithotomy for the treatment of paediatric urolithiasis. Ann R Coll Surg Engl. 2012;94:588-92.
3. Urairat P, Puwarawuttipanit W, Sriyuktasuth A, Teerapornlertratt T. Factors influencing relapse prevention behaviors in lupus nephritis patients. Journal of Nursing Science. 2012;30(3):55-63. (in Thai)

-วารสารที่มีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน มีการขึ้นหน้าใหม่ทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน ให้ใส่ฉบับที่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ (..) ตามหลังปีที่

รูปแบบที่ 2 (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร. / ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง:

1. Callender RA, Mukalel J, Aitamirano AV, Pivalizza EG, Cattano D. Hidden implications potential antiplatelet effects of adjuvant anaesthetic agents. Anaesth Intensive Care. 2013;41(4):550-1.

9.7.2 วารสารฉบับเพิ่มเติม มี 2 รูปแบบ ดังนี้

- กรณีที่เป็นฉบับเพิ่มเติม (Volume with supplement) ให้ใช้ว่า Suppl ต่อจากปีที่ โดยไม่ต้อง อยู่ในวงเล็บ จะสังเกตได้ในส่วนเลขหน้าจะมีตัวอักษร S อยู่ด้วย

ตัวอย่าง:

1. Chunharas A, Nuntnarumit P. Neonatal lupus erythematosus: clinical manifestations and management. J Med Asso Thai. 2002;85 Suppl 4:S1302-8.

- กรณีที่เป็นฉบับพิเศษของฉบับที่ (Issue with supplement) ให้เขียนฉบับพิเศษ และตอนย่อไว้ในวงเล็บ

ตัวอย่าง:

1. Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

9.7.2 บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (Journal Article on the Internet) หรือบทความวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ (E- Journal)

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร. / ปี /ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย / เข้าถึงได้จาก: /
http://

ตัวอย่าง:

1. Partiprajak S, Hanucharurenkul S, Piaseu N. Factors predicting self-care abilities and quality of Life in person with Type 2 Diabetes. Ramathibodi Nursing Journal. 2014; 20(1):97-110. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200/18389> (in Thai)

2. Dogan S, Abbasi SS, Theodore N, Horn E, Rekate HL, Sonntag VK. Pediatric subaxial cervical spine injuries: origins management, and outcome in 51 patients. Neurosurg Focus. 2006; 20:E1. Available from: <http://thejns.org/doi/pdf/10.317/foc.2006.20.2.2>
3. Leedham SJ. Measuring stem cell dynamics in the human colon—where there’s a wiggle, there’s a way. J Pathol. 2014. Available from: <http://onlinelibrary.com/doi/10.1002/path.4422/pdf>

9.7.3 บทความวารสารที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)
รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร. / ปี:ปีที่:เลขหน้า(ที่มีe กำกับ). / <https://doi.org/xxxxxxxxxx> /
หมายเลขประจำเอกสารในฐานข้อมูล PMID: /xxxxxxxxxx

ตัวอย่าง:

1. Winston F, Kassam-Adams N, Vivarelli O’Neill, Ford J, Newman E, Baxt C, et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after traffic injury. Pediatrics. 2002;109:e90. <https://doi.org/0.1542/peds.109.6.e90> PMID: 12042584
2. Lorello GR, Cook DA, Johnson RL, Brydges R. Simulation-based training in anaesthesiology: a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth. 2014;112:231-45. <https://www.doi.org/10.1093/bja/aet414> PMID: 24368556

10. หนังสือ (Book)

รูปแบบ(เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อหนังสือ. / เล่ม. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีที่พิมพ์

ตัวอย่าง:

1. Meinert CL. Clinical trials: design, conduct, and analysis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
2. Katz MH. Evaluating clinical and public health interventions: a practical guide to study design and statistics. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
3. Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2009.
4. Piaseu N, editor. Nutritional care to control non-communicable diseases in the community. Bangkok: Judthong; 2018. (in Thai)

11. บทหนึ่งในหนังสือ (Chapter in book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือเล่มนั้น โดยมีผู้เขียน แต่ละบท และมีชื่อบรรณาธิการ (editor) อยู่ที่หน้าปกหนังสือ

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียนในบท (Author). / ชื่อบท (Title of a chapter). / ใน (In): / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ (editor(s)). / ชื่อหนังสือ (Title of book). / ครั้งที่พิมพ์ (Edition). / เมืองที่พิมพ์ (Place): / สำนักพิมพ์ (Publisher); / ปีพิมพ์ (Year). / หน้า (p.) / เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง:

1. Hamera J. Performance ethnography. In: Lincoln YS, Denzin NK, editors. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks (CA): Sage; 2013. p. 205–31.
2. Fisher MJ, Rheingold SR. Oncologic emergencies. In: Poplack DG, Pizzo PA, editors. Principles and practice of pediatric oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1125–51.
3. Zierler RE, Summer DS. Arterial physiology. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. Rutherford's vascular surgery. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 131–49.
4. Kraithawon P. Community health nursing process: planning, implementation, and project evaluation to solve community health problems. In: Piasue N, editor. Community health nursing: policy and theory to practice. 2nd ed. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2022. p. 155–82. (in Thai)

12. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน./ ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต]./ ครั้งที่พิมพ์./ เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีพิมพ์ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. / เข้าถึงได้จาก / <http://>

ตัวอย่าง:

1. Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw–Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mh-medical.com> 3.
2. Lester SC. Manual of surgical pathology [Internet]. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.clinicalkey.com>

13. บทหนึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Chapter in e-book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือเล่มนั้นโดยมีผู้เขียนแต่ละบทและมีชื่อบรรณาธิการ (editor) อยู่ที่หน้าปกหนังสือ

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียนในบท. / ชื่อบท. / ใน (In): / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ (editor(s)). /
ชื่อหนังสือ. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีพิมพ์.
/ เข้าถึงได้จาก: / http://

ตัวอย่าง:

1. Ghang GJ, Shelton AA, Welton ML. Large intestine. In: Michigan AA, Doherty GM, editors. Current diagnosis & treatments: surgery 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>
2. Pasquali P. Cryosurgery. In: Rigel D, Robin JK, Ross M, Friedman RJ, Cockerell CJ, Lim HW, et al., editors. Cancer of the skin. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011. Available from: <http://www.clinicalkey.com>

14. วิทยานิพนธ์ (Thesis / Dissertation)

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อวิทยานิพนธ์ / [วิทยานิพนธ์]. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อมหาวิทยาลัย; / ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Moor JL. Pre-hospital pain assessment of pediatric trauma [Dissertation]. Ann Arbor (OH): Medical University of Ohio; 2006.
2. Srithanya S. The effects of a planned behavior program on the eating and physical activity behaviors of overweight late primary school-aged children [Thesis]. Pathumthani: Thammasat University; 2018. (in Thai)

สรุป

การใช้เครื่องหมายวรรคตอน และการเว้น 1 ตัวอักษรในรายการอ้างอิง

เครื่องหมาย	ชื่อ	การใช้ในรายการอ้างอิง
.	มหัพภาค (full stop)	1. ใช้หลังชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง เล่ม ครั้งที่พิมพ์ และเลขหน้า 2. ใช้หลังข้อความที่อยู่ในวงเล็บเหลี่ยม เช่น อินเทอร์เน็ต วิทยานิพนธ์ 3. ใช้หลังข้อความ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] ในการเขียนอ้างอิง เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ยกเว้น หลัง URL ในการเขียนอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายนี้
,	จุลภาค (comma)	1. ใช้คั่นหลังชื่อผู้เขียนมากกว่า 1 คน
:	ทวิภาค (colon)	1. ใช้หลังชื่อเรื่องย่อย
;	อัฒภาค (semicolon)	2. ใช้หลังชื่อเมือง 3. ใช้หลังปีในการเขียนอ้างอิงบทความวารสาร 4. ใช้หลังข้อความ “เข้าถึงได้จาก” และ URL ในการเขียนอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์
-	ยัติภังค์ (hyphen)	1. ใช้หลังสำนักพิมพ์ 2. ใช้หลังปีพิมพ์ในการเขียนอ้างอิงบทความวารสาร
[]	วงเล็บเหลี่ยม (square brackets)	1. ใช้แสดงช่วงจำนวนหน้าในการเขียนอ้างอิงบทความวารสาร บทหนึ่งในหนังสือและเอกสารการประชุม 2. ใช้กับข้อความที่บอกประเภทของข้อมูล ในการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ 3. ใช้กับข้อความ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] ในการเขียนอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

หมายเหตุ: หลังเครื่องหมายดังต่อไปนี้ให้เว้น 1 ตัวอักษร

. เครื่องหมายมหัพภาค

, เครื่องหมายจุลภาค

; เครื่องหมายอัฒภาค ยกเว้น การอ้างอิงบทความวารสารใช้ตามหลังปีพิมพ์ (year) ให้พิมพ์ติดกัน

: เครื่องหมายทวิภาค ยกเว้น การอ้างอิงบทความวารสาร ใช้ตามหลังปีที่ (volume) ให้พิมพ์ติดกัน

: ระบบ Vancouver ชื่อวารสารภาษาอังกฤษต้องใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยผู้เขียนสามารถดูได้ที่เว็บไซต์ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> และคลิกที่ Journal in NCBI Databases ส่วนวารสารภาษาไทยขอให้ใช้ชื่อเต็มและร่อนยัตช์นวารสารไทย (TCI) กำหนดชื่อย่อวารสารเพื่อเป็นมาตรฐานที่อยู่ในฐานข้อมูลของ TCI โดยทางวารสารสภาการพยาบาล จะแจ้งให้ทราบต่อไป

แหล่งข้อมูล: ศุภพร ช่วยชูวงศ์ การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ค้นจาก

lib.med.psu.ac.th/libmed2557/images/Libservice/van1nov1.pdf