วารสาร พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก

Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567

Volume 35 No.2 July-December 2024

ISSN. 2672-9474 (online)

บรรณาธิการแถลง

บทความวิชาการ

การพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อารีย์ วงศ์อนุ ชูธนันพัฒน์ ไชยศรีประสาร

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

พิมพ์ลดา เนี่ยมสุขวิลัย นรลักขณ์ เอื้อกิจ ศกุนตลา อนุเรือง

ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

รัตนาภรณ์ สังข์ทอง วราภรณ์ คงสุวรรณ ชุลีพร พรหมพาหกุล

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ปริญญา ยอดอาษา ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล

ประสบการณ์การมีอาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยโควิด 19

ยมนา ชนะนิล อรทัย บุญชูวงศ์ ฉันทวรรณ วิชัยพล ศิริพร เรืองประดับ

ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ชาลินี ปุรินทะ ระพิณ ผลสุข

ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟารินและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว

เมตตา สุวรรณพรม สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง จันทร์สุดาพรรณ บุญธรรม

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ อมรรัตน์ นธะสนธิ์

รูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมในองค์การพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วรัทยา กุลนิธิชัย เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก

Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

ISSN. 2672-9474 (online)

Volume 35 No.2 July-December 2024

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการใหม่ ๆ ในสาขาการดูแลรักษาและการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกรวมทั้งศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. เพื่อเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิจัยด้านการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัยระหว่างทีมสุขภาพ นักวิชาการ สหสาขาวิชาชีพและมวลสมาชิกสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย

กำหนดเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)

การเผยแพร่ วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกเผยแพร่ปีละ 2 เล่ม โดยจัดส่งให้แก่ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ห้องสมุดหน่วยงานการศึกษาและรัฐบาล สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก และหน่วยงานเอกชนทั่วประเทศ นอกจากนี้วารสารมีการเผยแพร่ทางอินเตอร์เน็ตทาง website ของสมาคม: www.thaicvtnurse.org และ Thai Journals Online (ThaiJO) ที่ http://www.tci-thaijo.org/index.php/ journal thaicvtnurse

บทความที่ตีพิมพ์ในวาสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกทุกเรื่อง ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตรงตามสาขานั้น จำนวน 2-3 ท่าน บทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ซึ่งคณะกองบรรณาธิการในวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป ผู้อ่านสามารถนำผลงานวิจัยและบทความวิชาการไปเผยแพร่ได้โดยระบุแหล่งอ้างอิงวารสารจาก “วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก”

การบอกรับสมาชิก สมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 1 ปี (2 ฉบับ) 600 บาท

สถานที่ติดต่อ/ สำนักงาน สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก เลขที่ 39 หมู่ 9 ถนนติวานนท์ บางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์/ โทรสาร 02-591-9794

ทะเบียนวารสาร พันตำรวจโทหญิงปัทมา พีระพันธุ์ นางสาววิภาวรรณ บัวสรวง นางสาวสุเนตรา แก้ววิเชียร

พิมพ์ที่ ห้างหุ้นส่วนสามัญ พีเอส เพรส 3/102 แขวงบางไผ่ เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160 โทร 02-8071835

วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก

Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

ISSN. 2672-9474 (online)

Volume 35 No.2
July-December 2024

เจ้าของวารสาร สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

รศ.อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ — นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ
ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ — ศ.ดร.ศิริอร สินธุ
ผศ.ดร.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน — รศ.ดร.อรพรรณ โตสิงห์

บรรณาธิการและหัวหน้ากองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์ — มหาวิทยาลัยรังสิต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ฐาปณีย์ น้ำเพชร — สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก
ผศ.ปราโมทย์ ถ่างกระโทก — สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.พวงผกา กรีทอง — มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
รศ.ดร.จอม สุวรรณโณ — มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผศ.ดร.นภาพร วาณิชย์กุล — มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ — มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล — นักวิชาการอิสระ
ผศ.ดร.ศรันยา โฆสิตะมงคล — มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ — จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา — มหาวิทยาลัยรังสิต
ผศ.ดร.ประภาพร จินันทุยา — สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผศ.ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล — สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผศ.ดร.ธัญลักษณ์ บรรลิขิตกุล — โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ผศ.ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี — มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก

Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

ISSN. 2672-9474 (online)

Volume 35 No.2
July-December 2024

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยหรือบทความวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์วารสาร

ผศ.ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ.ดร.ศกุนตลา อนุเรือง	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์	World Organization of Family Doctor
ดร.กนกพร แจ่มสมบูรณ์	สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก
ผศ.ดร.พวงผกา กรีทอง	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
รศ.ดร.จอม สุวรรณโณ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผศ.ดร.เจนเนตร พลเพชร	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รศ.ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พัชราพร เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
ผศ.ดร.ประภาพร จินันทุยา	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผศ.ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผศ.ดร.ธัญลักษณ์ บรรลิขิตกุล	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ผศ.ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผศ.ดร.สุภาภรณ์ ด้วงแพง	มหาวิทยาลัยบูรพา
พ.ท.หญิงอภิญญา อินทรรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผศ.ดร.ศากุล ช่างไม้	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผศ.ดร.สุดประนอม สมันตเวคิน	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

ISSN. 2672-9474 (online)

Volume 35 No.2 July-December 2024

สารบัญ	หน้า	Content
บรรณาธิการแถลง	1	Massage From Editor
บทความวิชาการ		Article
- การพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล *อารีย์ วงศ์อนุ ชูธนันพัฒน์ ไชยศรีประสาร*	2	- Telenursing care in advanced lung cancer patients after discharge from hospital *Aree Wonganu Chootananphat Chaisreeprasarn*
บทความวิจัย		Research
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ *พิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิลัย นรลักขณ์ เอื้อกิจ ศกุนตลา อนุเรือง*	17	- The effect of belief modification of reducing sodium consumption on blood pressure level among persons with uncontrolled hypertension *Pimlada Piamsukwilai Noraluk Ua-kit Sakuntala Anuruang*
- ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ *รัตนาภรณ์ สังข์ทอง วราภรณ์ คงสุวรรณ ชุลีพร พรหมพาหกุล*	33	- Care needs of persons with advanced-stage heart failure in the new normal era *Rattanaporn Sungthong Waraporn Kongsuwan Chuleeporn Prompahakul*
- ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว *ปริญญา ยอดอาษา ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล*	47	- The effect of health literacy development program on fluid retention prevention behavior in persons with heart failure *Parinya Yod-a-sa Pachanut Nunthaitaweekul*
- ประสบการณ์การมีอาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยโควิด 19 *ยมนา ชนะนิล อรทัย บุญชูวงศ์ ฉันทวรรณ วิชัยพล ศิริพร เรืองประดับ*	62	- Symptom experiences and symptom management in patients with COVID 19 *Yommana Chananin Orathai Boonchuwong Chanthawan vichaipon Siriporn Ruangpradap*
- ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน *ชาลินี ปุรินทะ ระพิณ ผลสุข*	77	- Factors predicting fear of illness progression among patients with acute myocardial infarction *Chalinee Purinta Rapin Polsook*
- ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟารินและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว *เมตตา สุวรรณพรม สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง จันทร์สุดาพรรณ บุญธรรม*	92	- Effects of Information provision using video media on knowledge about warfarin therapy and anxiety in patients with Atrial fibrillation *Mateta Suwannaprom Surinrat Baurangtheinthong Jansudaphan Boontham*

วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

ISSN. 2672-9474 (online)

Volume 35 No.2
July-December 2024

สารบัญ	หน้า	Content
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง *สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ อมรรัตน์ นธะสนธิ์*	106	- The effect of medication adherence promoting program and medication taking knowledge application on medication adherence behavior among hypertensive patients *Somluk Tepsuriyanont Amornrat Natason*
- รูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมในองค์การพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ *วรัทยา กุลนิธิชัย เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย*	120	- Leadership style and innovation culture in nursing organization: a systematic review *Waratya Kulnitichai Phechnoy Singchungchai*

บรรณาธิการแถลง

สมาชิกวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก และท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ได้ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ให้เป็นกลุ่มที่ 1 ในสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่องจาก พ.ศ. 2555-2562 รวมทั้งในการประเมินคุณภาพวารสาร ปี 2563 วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกได้รับการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ให้เป็นกลุ่มที่ 1 ในสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 5 ปี (พ.ศ. 2563-2567) นอกจากนี้ในปี 2560 วารสารได้รับการรับรองให้อยู่ในฐานข้อมูล ACI (Asian Citation Index) ส่วนค่า Impact factor วารสารในปี 2559-2561 เท่ากับ 0.399 ทั้งนี้ทางกองบรรณาธิการและคณะกรรมการวารสารฯ ยังคงรักษาคุณภาพในการจัดทำวารสารอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกสมาคมฯ มาเป็น Peer Reviewer และร่วมจัดทำวารสารให้มีคุณภาพในระดับชาติตามมาตรฐานศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

ในวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2567 นี้ มีนักวิชาการ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเรื้อรังต่าง ๆ สนใจส่งบทความวิจัยมาลงตีพิมพ์ 9 เรื่อง ได้แก่ บทความวิชาการ 1 เรื่อง และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจและทรวงอก และโรคเรื้อรัง 8 เรื่อง บทความวิชาการและบทความวิจัยดังกล่าวมีความรู้เชิงประจักษ์ที่ทันสมัยและน่าสนใจแก่ผู้อ่านเพื่อนำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานและต่อยอดในการทำวิจัย นอกจากนี้วารสารได้เพิ่มจำนวนหน้าในการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นเพื่อให้สมาชิกและผู้สนใจได้ส่งบทความวิชาการและงานวิจัยมาตีพิมพ์เพิ่มขึ้นด้วย

ขอเชิญชวนสมาชิกและผู้สนใจสามารถส่งบทความวิชาการและงานวิจัยเผยแพร่ในวารสารฯ โดยสามารถอ่านบทคัดย่องานวิจัยวารสาร และบทความวิชาการที่น่าสนใจ และคำแนะนำในการตีพิมพ์ จาก web site ของสมาคม: www.thaicvtnurse.org และ Thai Journals Online (ThaiJO) ที่ http://www.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์

บรรณาธิการ

การพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อารีย์ วงศ์อนุ*
ชูธนันพัฒน์ ไชยศรีประสาร**

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของโลก เมื่อการดำเนินของโรคมะเร็งปอดเข้าสู่ระยะลุกลาม พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลทางไกลเป็นการใช้เทคโนโลยีในการให้ข้อมูลและช่วยให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านได้และเป็นไปตามแผนการรักษาของสหวิชาชีพ อีกทั้งยังช่วยประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล บทความนี้มีจุดประสงค์ เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุของการเกิดโรค พยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง การแบ่งระยะ และการรักษา ส่วนการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้หลัก INHOMESSS ในการประเมินและติดตามดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่บ้าน นอกจากนี้ การพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย ความหมาย หลักการ บทบาท ขั้นตอน และแนวทางปฏิบัติในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบการดูแลสุขภาพ ช่วยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวและสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การดูแล, ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม, การพยาบาลทางไกล

---

*คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400 ประเทศไทย
Corresponding author; E-mail: wanaleewong25@gmail.com
**ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400 ประเทศไทย

Received: October 19, 2023 / Revised: August 11, 2024 / Accepted: August 01, 2024

Telenursing care in advanced lung cancer patients after discharge from hospital

Aree Wonganu*

Chootananphat Chaisreeprasarn**

Abstract

Lung cancer is the leading cause of death in the world. When lung cancer progresses to an advanced stage. Nurses have an important role in preparing patients and families before discharge from the hospital to home. Telenursing is used for information technology to provide consultation and solve problems for patients and families at home following a multidisciplinary treatment plan. In addition, it reduces the costs of traveling to the hospital. This article aims to collect the relevant knowledge related to the care of patients with advanced lung cancer, including the meaning, causes of the disease, pathophysiology, signs and symptoms, staging, and treatment. Telenursing for patients with advanced lung cancer uses INHOMESSS principles for continuing care consisting of meaning, principles, roles, procedures, and guidelines. Moreover, telenursing provides continuous care that covers physical, mental, and psychosocial aspects, encouraging patients and families to adapt and manage their care appropriately and have a good quality of life.

Keywords: caring, advanced lung cancer patient, telenursing

*Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

Corresponding author; E-mail: wanaleewong25@gmail.com

**Nursing Department, Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

Received: October 19, 2023 / Revised: August 11, 2024 / Accepted: August 01, 2024

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคมะเร็งปอด (lung cancer) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก จากข้อมูลสถิติโรคมะเร็งจากองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2563 มะเร็งปอดพบมากเป็นลำดับที่ 2 (ร้อยละ 12.2)[1]และมะเร็งปอดยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของโรคมะเร็งอันดับ 1 ของโลก (ร้อยละ 18.00)[2] สำหรับประเทศไทยนั้นโรคมะเร็งปอดพบมากเป็นอันดับ 2 โดยมีผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยในปี พ.ศ. 2563 สูงถึง ร้อยละ 12.40 และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประเทศไทยด้วยเช่นกัน[2] จากข้อมูลสถิติการส่งปรึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านของหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้าน[2] งานการพยาบาลสนับสนุนการรักษา อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดล โรคมะเร็งปอดจัดอยู่ในลำดับที่ 3 ที่ได้รับการปรึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.00 รองจากมะเร็งศีรษะและคอ และมะเร็งเต้านม แนวโน้มโรคมะเร็งปอดเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อนของการดูแลมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลาม พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และทักษะการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลต่อที่บ้าน และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลสามารถสนับสนุนและให้คำแนะนำการดูแลที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่าย มีความรวดเร็ว สามารถเป็นที่ปรึกษาและแก้ปัญหาที่บ้านโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นของการพยาบาลทางไกลพบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายโดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาสั้นกว่าการเยี่ยมบ้าน พยาบาล 1 คน สามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้ถึง 5-7 คนเมื่อใช้การพยาบาลทางไกล มีการติดตามประเมินการดูแลและให้คำแนะนำด้วยความรวดเร็วในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้หรืออาศัยอยู่ในสถานที่ห่างไกลหรือเข้าถึงยาก เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการดูแลตนเองและปรับตัวที่บ้านได้[3] และยังมีการศึกษาอื่นที่สนับสนุนประโยชน์การติดตามด้วยการพยาบาลทางไกล ยังช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคมะเร็งปอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4] จึงกล่าวได้ว่าการพยาบาลทางไกลเป็นประโยชน์อย่างมากโดยเฉพาะต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่แพทย์อนุญาตให้ดูแลที่บ้านได้ เพื่อติดตามการดูแล สร้างเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองและลดความวิตกกังวลในการดูแลที่บ้าน[5]

บทความนี้จะกล่าวถึงองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยการพยาบาลทางไกล กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

ความหมายของโรคมะเร็งปอด

ภาวะปกติเซลล์ภายในร่างกายมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน และเซลล์เหล่านี้ตายไปเมื่อร่างกายไม่ต้องการ มะเร็งเกิดจากเซลล์ร่างกายมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดเป็นกลุ่มก้อนของเซลล์ที่ผิดปกติ สำหรับโรคมะเร็งปอดนั้นมีจุดกำเนิดจากเซลล์ที่อยู่ภายในปอด สามารถแพร่กระจายไปยังบริเวณที่อยู่รอบ ๆ ปอด หรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้[6]

สาเหตุของการเกิดโรค

1. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งปอดที่ทำให้เสียชีวิตถึงร้อยละ 80 รวมถึงการได้รับบุหรี่มือสอง สารในบุหรี่ คือ nicotine-derived nitrosamine ketone (NNK), polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs) และน้ำมันดิน สารเหล่านี้จะส่งผลต่อการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรม ความเสี่ยงในการก่อมะเร็งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านระยะเวลาที่สูบ ช่วงอายุ ชนิดของบุหรี่ [2]

2. สารก่อมะเร็งจากสิ่งแวดล้อม[7,8] พบสารก่อมะเร็งที่สำคัญ คือ แร่ใยหิน (asbestos และ silica fibers) และสารโลหะหนัก เช่น nickel cobalt cadmium เป็นต้น ควันจากการเผาไหม้ ฝุ่นละอองขนาดเล็ก particulate matter with diameter of less than 2.5 micron (PM 2.5) สารเคมีกลุ่ม hydrocarbon การสัมผัสสารกัมมันตรังสี เช่น neutron plutonium และ radon เป็นต้น

3. ประวัติครอบครัว เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอดเป็น 2 เท่า[2,7]

4. เพศ เพศชายเป็นมะเร็งปอดมากกว่าเพศหญิง ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะพัฒนาเป็นมะเร็งปอดชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา และมีการกลายพันธุ์ของยีน Epidermal growth factor receptor (EGFR)[2,7]

5. อายุ อายุมากขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น พบมะเร็งปอดโดยเฉลี่ยอายุ 70.50 ปี[2]

พยาธิสรีรภาพของมะเร็งปอด

มะเร็งปอดมี 2 ชนิด[2] ได้แก่

1) ชนิดเซลล์ขนาดเล็ก (small cell lung cancer) พบประมาณ ร้อยละ 10-15 มักพบในคนที่สูบบุหรี่เป็นเวลานาน การดำเนินโรคค่อนข้างเร็วและรุนแรง

2) ชนิดเซลล์ที่ขนาดไม่เล็ก (non-small cell lung cancer) พบได้ ร้อยละ 85 ของมะเร็งทั้งหมด และกลุ่มนี้แยกย่อยออกมาเป็นชนิดต่าง ๆ เช่น ชนิด adenocarcinoma ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่และพบในคนที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนชนิด squamous cell carcinoma พบในคนที่สูบบุหรี่ เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง

เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยเป็นโรคมะเร็งปอด แพทย์เอกซเรย์ปอดเบื้องต้น หากพบก้อนจะทำการตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) เพื่อให้ทราบชนิดของมะเร็ง ซึ่งการตรวจด้วยวิธีใดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนในปอด เช่น กรณีที่ก้อนมะเร็งอยู่ใกล้หลอดลมที่กล้องสามารถส่องถึงได้ แพทย์ส่องกล้องไปที่ตำแหน่งของก้อนมะเร็งและตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ หากก้อนมะเร็งอยู่ชิดผนังช่องอก จะทำโดยแพทย์ทางรังสี โดยการใช้เข็มเจาะเข้าไปโดยไม่ส่องกล้อง เป็นต้น ในกรณีสงสัยมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง แพทย์พิจารณาตรวจ positron emission tomography and computed tomography (PET/CT scan) ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงตำแหน่งและลักษณะการเติบโตของก้อนมะเร็ง เพื่อประเมินระยะการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งทรวงอกได้ดี [2]

อาการแสดง

มักไม่มีอาการในช่วงแรก อาการเพิ่มขึ้นเมื่อมีการแพร่กระจาย ซึ่งอาการที่พบบ่อย คือ ไอเรื้อรัง บางครั้งไอแบบมีเสมหะปนเลือด เหนื่อย หายใจไม่

สะดวก เจ็บหน้าอก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดมากในช่วงเวลาสั้นๆ ปอดอักเสบติดเชื้อบ่อยๆ ผู้ป่วยบางรายอาจจะมาด้วยอาการทางระบบประสาท ถ้าเซลล์มะเร็งปอดแพร่กระจายไปอยู่ที่สมองหรือไขกระดูกสันหลัง เช่น อาการแขนขาอ่อนแรง ชา กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้หรือบางรายมีอาการปวดกระดูกมาก ถ้าเซลล์มะเร็งปอดนั้นแพร่กระจายไปอยู่ที่กระดูก เป็นต้น[2,9]

การแบ่งระยะของมะเร็งปอด

จำแนกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ [2]

ระยะที่ 1 พบเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ปอดกลีบเดียว ข้างเดียว มักไม่มีอาการแสดงความผิดปกติ[2]

ระยะที่ 2 เซลล์มะเร็งมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดข้างเดียวกัน หรือก้อนมีขนาดใหญ่มากกว่า 4 เซนติเมตร (ซม.)[2]

ระยะที่ 3 เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในช่องอก (mediastinum) หากเป็นข้างเดียวกันกับก้อนมะเร็งในปอดจัดเป็นระยะ 3A หรือหากมีการลุกลามไปช่องอกอีกข้างหนึ่งหรือคลำต่อมน้ำเหลืองได้บริเวณไหปลาร้าจัดเป็นระยะ 3B หรือ 3C ขึ้นกับขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็งในปอด หรือพบก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากกว่า 7 ซม. หากยังไม่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองในช่องอกหรือไหปลาร้า[2]

ระยะที่ 4 เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น โดยไปตามกระแสเลือดและท่อน้ำเหลือง หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ หากมีการกระจายออกนอกปอดเพียง 1 จุด จัดเป็นระยะ 4A หรือหากมีการแพร่กระจายไปหลายอวัยวะหรืออวัยวะเดียวแต่หลายจุด จัดเป็นระยะ 4B โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 60.00-70.00 ของผู้ป่วยในประเทศไทย จะมาพบแพทย์ด้วยโรคมะเร็งปอดระยะ 3-4 และส่วนใหญ่เป็นระยะ 4 ซึ่งมีอาการและเริ่มกระทบต่อชีวิตประจำวัน[2]

การรักษามะเร็งปอด[2]

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งปอด ประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยารักษา ซึ่งยาปัจจุบัน มีทั้งยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า ซึ่งการรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรค ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ อาการผู้ป่วย และการเบิกจ่ายตามสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ในผู้ป่วยหนึ่งรายอาจจะต้องใช้วิธีการรักษาหลายอย่างร่วมกัน

การผ่าตัด ทำในระยะที่ 1, 2 และในบางกรณีของระยะที่ 3 หรือในบางรายพยากรณ์โรคไม่ดี แพทย์จะพิจารณาให้ รักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy) และฉายแสงร่วมด้วย concurrent chemoradiotherapy (CCRT) เพื่อช่วยให้มีผลการรักษาดีขึ้น อัตราการรอดชีวิตมากขึ้น

การให้ยาเคมีบำบัด เริ่มให้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นไปจนถึงการรักษาระยะลุกลามเพื่อประคับประคองอาการ ยาส่งผลข้างเคียงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย อาการที่พบบ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง อ่อนเพลีย และมีการติดเชื้อง่าย เป็นต้น

รังสีรักษา สามารถใช้ในระยะแรกที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาเสริมหลังผ่าตัดอีกทั้งยังมีบทบาทในการบรรเทาอาการของผู้ป่วย เช่น ฉายรังสีบริเวณกระดูกในผู้ป่วยที่มีอาการปวด เป็นต้น

การรักษาแบบตรงจุดหรือแบบมุ่งเป้า ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ตรวจพบลักษณะทางพันธุกรรมหรือยีนในร่างกายที่เกิดการกลายพันธุ์ ซึ่งพบว่ามี

ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปอด โดยสามารถตรวจความผิดปกติของยีนจากชิ้นเนื้อปอดได้ ยากลุ่มนี้เป็นยารูปแบบใหม่ในรูปแบบชนิดเม็ด สามารถรับประทานได้ง่าย ซึ่งผลการตอบสนองต่อยาอยู่ในระดับดีมาก ถึงร้อยละ 70.00 ระยะเวลาการรอดชีวิตสูงขึ้นเมื่อเทียบกับการใช้ยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของยา คือ เกิดผื่น ผิวแห้ง สิว ท้องเสีย การเจริญอาหารลดลง[2]

ความหมายการพยาบาลทางไกล[11]

การพยาบาลทางไกล หมายถึง การให้บริการทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาลทางไกล

หลักการการพยาบาลทางไกล[11]

ตามประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางทางการพยาบาลทางไกล ดังนี้

1. ต้องมีการยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกล และผู้รับการพยาบาลทางไกลภายใต้มาตรฐานสารสนเทศของสถานพยาบาลนั้น

2. ประเมินผู้รับการพยาบาลทางไกลโดยการทบทวนจากประวัติสุขภาพเดิม และประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มเติม

3. วิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัยการพยาบาลโดยประเมินอาการและความรุนแรง ความเสี่ยง ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ และเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลประกาศ

4. วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

5. บันทึกการพยาบาลทางไกลที่ให้แก่ผู้รับการพยาบาลทางไกล

6. ประเมินผลการให้การพยาบาลทางไกล

7. ประสานการส่งต่อเมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้รับการพยาบาลทางไกลควรไปรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับอาการหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับการพยาบาลทางไกล

บทบาทการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม

พยาบาลผู้ให้การพยาบาลทางไกลมีบทบาทสำคัญตามกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะการประเมินทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การให้การพยาบาลดูแล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยครอบคลุมด้านกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม และแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้การพยาบาลทางไกลผ่านระบบรามาแอปพลิเคชัน (Rama application) ซึ่งอยู่ในรูปแบบของวิดีโอคอล สามารถประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้คำแนะนำได้ทันที เช่น การทวนสอบการดูแลของครอบครัว การรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้หลัก “INHOMESSS” ในการประเมินผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้[12]

I = Immobility ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยว่าสามารถทำได้หรือไม่ ทำได้ดีมากน้อยเพียงใด ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือไม่ หรือต้องการใช้อุปกรณ์ใดช่วยบ้าง คุณภาพอุปกรณ์เหมาะสมหรือไม่ มีประวัติการหกล้ม

หรือการบาดเจ็บจากการเดินหรือเคลื่อนไหวหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมักมีปัญหาในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนทำให้เสี่ยงต่อภาวะออกซิเจนต่ำ มีภาวะเหนื่อยง่ายช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง เสี่ยงต่อหน้ามืดการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งพบได้บ่อยในร้อยละ 35.00 ของผู้ป่วยมะเร็ง จึงจำเป็นต้องมีอุปกรณ์พยุง รถไฟฟ้าช่วยในการเคลื่อนย้ายและป้องกันอุบัติเหตุ[13]

N = Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรคมะเร็งปอด สอบถามความสามารถในการเข้าถึงหรือการจัดการอาหารหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากขณะรับยาเคมีบำบัดหรือยามุ่งเป้า อาจมีผลข้างเคียงจากการได้รับการเคมีบำบัด เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ทำให้รับประทานได้น้อยลงส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย[14]

H = Home Environment ประเมินสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้านผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น สภาพบ้านอากาศ อยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น ประเมินการกำจัดของเสียและสิ่งขับถ่ายของผู้ป่วย เช่น การกดชักโครก 2 ครั้งเพื่อกำจัดยาเคมีที่ออกมาจากสิ่งขับถ่ายของผู้ป่วย เป็นต้น[15] ประเมินความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านในการช่วยเหลือพึ่งพาของผู้ป่วย

O = Other People ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว บทบาทสมาชิกในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักที่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดอยู่ในระยะการลุกลามของโรคมีความต้องการการดูแลบางส่วนไปจนถึงระดับต้องการการดูแลทั้งหมด ดังนั้นควรมีการประเมินครอบครัวเพื่อหาผู้ดูแลหลักของครอบครัวเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วย

M = Medication ประเมินการรับประทานยาที่บ้าน โดยเฉพาะในรายที่ได้รับยามุ่งเป้า สามารถรับประทานได้ถูกต้องหรือไม่ และสามารถจัดการอาการข้างเคียงจากยามุ่งเป้า ตลอดจนการรับประทานยาเสริมอื่นๆ

E = Examination ประเมินภาวะสุขภาพผ่านระบบทางไกลเพื่อประเมินสุขภาวะผู้ป่วย และทบทวนทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การวัดความดันโลหิต วัดไข้ วัดความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว การดูดเสมหะ การใช้ออกซิเจน อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เป็นต้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

S = Spiritual Health ประเมินด้านจิตใจ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว การเผชิญกับความเจ็บป่วย สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แบบประเมิน ST-5, 2Q, 9Q

S = Service ประเมินการบริการที่ได้รับความพึงพอใจต่อการบริการ และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพใกล้บ้านที่สามารถเข้ารับบริการ เป็นต้น ในพื้นที่กรุงเทพมหานครส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลสุขภาพที่บ้าน (eHHC-BKK) ส่วนในต่างจังหวัดส่งผ่านระบบ email หรือจดหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

S = Safety ประเมินความปลอดภัยของบ้านที่อาจจะให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย เช่น ลักษณะของพื้นบ้านที่ไม่ปลอดภัย ความชันของบันได ความเพียงพอของแสงสว่าง เป็นต้น

ขั้นตอนการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม[11,17]

1. พยาบาลเจ้าของไข้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย สอนทักษะการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

2. ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านดังนี้

2.1 วางแผนการติดตามทางไกลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่บ้าน โดยนัดหมายผ่านระบบโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาล แนะนำระบบนัดหมายและการใช้งานระบบรามาแอปพลิเคชัน กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งรามาแอปพลิเคชัน เป็นรูปแบบวิดีโอคอล สามารถมองเห็นภาพ เสียงชัดเจน เพื่อให้สามารถประเมินอาการผู้ป่วยและทักษะการดูแลของผู้ดูแลได้

2.2 โทรติดตามอาการ การดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ทบทวนความรู้ ทักษะการดูแลและให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ

2.4 ทำการบันทึกและรายงานผลการให้การพยาบาลทางไกลในระบบของโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยและการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ

2.5 วางแผนการพยาบาลทางไกลในครั้งต่อไปตามความเหมาะสม

2.6 ประสานส่งต่อศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วยในรายที่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม

แนวทางการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการอย่างรุนแรง (long-term with extreme disabilities) ที่มีการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น ได้รับการวางแผนการรักษาแบบประคับประคอง[16] ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด มีการดูแลที่ซับซ้อนและเฉพาะเจาะจงต้องพึ่งพาอุปกรณ์การแพทย์เพิ่มขึ้น เช่น การให้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ การเตรียมอาหารปั่นที่บ้านเพื่อให้อาหารทางสายยางให้อาหาร เป็นต้น ตลอดจนการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ ดังนั้นการติดตามอาการหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงสำคัญ โดยใช้แนวทางปฏิบัติการให้บริการพยาบาลทางไกลของสภาการพยาบาลและหลักเกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านของกองการพยาบาลสาธารณสุข[11,17] มาประยุกต์ใช้เพื่อให้มีความเหมาะสม รวมทั้งการประเมินผลและการติดตามเยี่ยมทางไกลที่มีมาตรฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลและสามารถปรับตัวที่บ้านได้

ตารางแสดง แนวทางการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม[11,17]

การพยาบาลทางไกล	ระยะเวลา	กิจกรรมการพยาบาล
เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	48-72 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย	1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) ประเมินสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL, แบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน ST-5, 2Q, 9Q[18,19] 3) ประเมินความรู้ และสอนทักษะการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูดเสมหะ การใช้อุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องวัดความดัน การบริหารยามุ่งเป้าที่บ้าน การดูแลตนเองหลังได้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น 4) ประเมินการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นที่บ้าน เช่น ภาวะเหนื่อยสามารถเพิ่มหรือลดออกซิเจนได้ตามความเหมาะสมของอาการ เป็นต้น 5) ประเมินความรู้ความเข้าใจการดูแลระยะประคับประคองกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนการพยาบาล 6) วางแผนการเสียชีวิตล่วงหน้าและการเผชิญภาวะสูญเสีย กรณีผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย 7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามสิ่งที่สงสัย ตลอดจนการให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล 8) ให้ช่องทางการโทรปรึกษาทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ในกรณีผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการดูแล ซึ่งเป็นช่องทางที่สามารถติดต่อได้ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ 9) นัดหมายติดตามด้วยการพยาบาลทางไกล
ครั้งที่ 1	ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	1) ยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกล และผู้รับการพยาบาลทางไกล 2) ประเมินอาการผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพโดยครอบครัวที่ได้รับการสอนการใช้งานเครื่องมือวัดสัญญาณชีพ เพื่อนำข้อมูลมาประเมินภาวะสุขภาพ 3) ใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยที่บ้าน “INHOMESSS” ในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 4) แจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมนัดหมายการพยาบาลทางไกลครั้งต่อไป 5) ทบทวนช่องทางการโทรขอคำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการดูแล

การพยาบาลทางไกล	ระยะเวลา	กิจกรรมการพยาบาล
ครั้งที่ 2	สัปดาห์ที่ 2	1) ยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกล และผู้รับการพยาบาลทางไกล 2) วัดสัญญาณชีพเบื้องต้นโดยครอบครัว เพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยพยาบาลทางไกล เพื่อติดตามอาการและความก้าวหน้าของโรค 3) ทวนทักษะเพิ่มเติมในเรื่องที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติได้ 4) ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก แผลกดทับ การติดเชื้อ เป็นต้น 5) ทบทวนอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ผลข้างเคียงจากยามุ่งเป้าที่มีความรุนแรง มีไข้สูง มากกว่า 38 องศาเซลเซียส กรณีหลังได้รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น 6) ประเมินสุขภาพจิต และความเครียดของผู้ดูแล (ST-5, 2Q, 9Q) 7) ทบทวนช่องทางการโทรขอคำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาหรือข้อสงสัย 8) สรุปปัญหาและวางแผนการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่สงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว นัดหมายการพยาบาลทางไกลครั้งต่อไป
ครั้งที่ 3	สัปดาห์ที่ 3	1) ยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกล และผู้รับการพยาบาลทางไกล 2) วัดสัญญาณชีพเบื้องต้นโดยครอบครัวและประเมินภาวะสุขภาพโดยพยาบาลทางไกล เพื่อติดตามอาการและความก้าวหน้าของโรค 3) ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามปัญหาที่พบ 4) ประเมินการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว 5) แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 6) พยาบาลโทรติดตามทางไกลครั้งถัดไป พิจารณาตามความเหมาะสมของปัญหา ภาวะสุขภาพ หรือความต้องการของผู้ป่วย และทวนช่องทางเพื่อขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ของหน่วยงาน 7) ส่งต่อศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อร่วมดูแล

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 86 ปี สถานภาพสมรส อาชีพข้าราชการเกษียณ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : น้ำหนักลดอ่อนเพลีย 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน: 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไอ มาตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์ได้เอกซเรย์ปอดและเจาะชิ้นเนื้อจากปอดส่งตรวจ ผลเป็นมะเร็งปอดชนิด adenocarcinoma stage 4 อยู่ในระยะลุกลาม รักษาด้วยยามุ่งเป้า แพทย์ส่งปรึกษามายังหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อร่วมประเมินผู้ป่วยและครอบครัว สอนการดูแลและวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต : เคยป่วยเป็นโรคเรื้อรัง COPD, AF, old CVA , Hypothyroidism, Parkinson disease, DM รักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมา 30 ปี

สภาพร่างกายทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทย วัยสูงอายุ นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พอรู้ตัวรู้เรื่อง แขนขาทั้ง 2 ข้างงอและเกร็ง หายใจใช้ O_2 cannula 3 LPM มีเสมหะมาก ให้อาหารทางสายยางให้อาหารหน้าท้อง ได้รับอาหารปั่นสูตรจำเพาะโรคเบาหวาน (1.8:1) 250 ซีซี 4 มื้อ ปัสสาวะได้เองอุจจาระได้ปกติ ไม่มีแผลกดทับ น้ำหนัก 48.2 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI = 17.7 อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ 68-80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/53 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) 98 %

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยการพยาบาลทางไกล[11,12, 17]

ครั้งที่ 1 ติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง

1) หลังจากพยาบาลได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น สอนทักษะการให้อาหารทางสายอาหารหน้าท้อง การดูดเสมหะ การดูแลผิวหนัง การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น

2) นัดหมายการให้การพยาบาลทางไกลเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยและครอบครัว

3) ให้การพยาบาลทางไกลผ่านระบบรามาแอปพลิเคชัน ดังนี้

3.1 ยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกล และผู้รับการพยาบาลทางไกล

3.2 ประเมินอาการผู้ป่วย โดยการซักประวัติประเมินสัญญาณชีพโดยครอบครัวที่ได้รับการสอนการใช้งานเครื่องมือวัดสัญญาณชีพ เพื่อนำข้อมูลมาประเมินภาวะสุขภาพ ใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยที่บ้าน “INHOMESSS” ในการดูแล

I = Immobility ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เนื่องจาก แขนขา งอเกร็ง ไม่มีแรง มีภาวะเหนื่อยง่าย ต้องใช้ออกซิเจนตลอดเวลา ครอบครัวต้องช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั้งหมด และดูแลป้องกันไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน

N = Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยได้รับอาหารปั่นสูตรสูตรจำเพาะโรคเบาหวาน (1.8:1) 250 ซีซี 4 มื้อ ผู้ป่วยสามารถรับอาหารปั่นได้ครบทุกมื้อ ไม่มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ครอบครัวสามารถให้อาหารถูกต้อง

H = Home environment ประเมินสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัย สะอาด แบ่งห้องเป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วย อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ จัดวางของเป็นระเบียบ มีเตียงสำหรับผู้ป่วย มีราวกั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

O = Other People มีการแบ่งบทบาทการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผู้ดูแลหลักที่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ คือ บุตรสาว มีการจ้างผู้ดูแลมาช่วยดูแลผู้ป่วย มีญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านที่สามารถพึ่งพาได้

M = Medication ทบทวนการบริหารยาที่ได้รับกลับบ้านและมียาที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษในการบริหารยา คือ ยามุ่งเป้า erlotinib 150 mg 1 tab od ac ให้ทางสายให้อาหารหน้าท้อง สามารถบริหารยาได้ถูกต้องไม่เกิดการฟุ้งกระจายของยาและทราบวิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยามุ่งเป้า ทราบอาการที่ควรมาพบแพทย์ เช่น รับประทานยาแก้ท้องเสียเมื่อมีภาวะท้องเสีย หากไม่ดีขึ้นให้มาโรงพยาบาล เป็นต้น ไม่มียาอื่นรับประทานเสริม

E = Examination ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยอาการคงที่ ไม่มีภาวะหอบเหนื่อย และทบทวนทักษะการดูแลของครอบครัว เช่น การวัดความดันโลหิต วัดความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว การดูดเสมหะที่บ้าน ครอบครัวทำได้ถูกต้องและมีความมั่นใจมากขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลที่ไม่ประสิทธิภาพ เช่น แผลกดทับ สำลักอาหาร เป็นต้น

S = Spiritual Health เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ระบายความรู้สึก และประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แบบประเมิน ST- 5, 2Q, 9Q[18,19] ผลคะแนน ST- 5 = 3 คะแนน มีความเครียดเล็กน้อย การประเมิน 2Q และ 9Q ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า สามารถปรับตัวในการดูแลที่บ้านได้

S = Service ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อระบบการบริการ ทราบขั้นตอนการมาตรวจตามนัด และรับทราบแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพที่สามารถเข้ารับบริการได้ เช่น รพ.สต. เป็นต้น พยาบาลผู้ดูแลได้ประสานงานไปที่ รพ.สต. ผ่านระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง

S = Safety ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านมีความปลอดภัย

4) ทำการบันทึกและรายงานผลการให้การพยาบาลทางไกลในระบบของโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ

5) ทบทวนช่องทางการโทรขอคำปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัย และนัดหมายการพยาบาลทางไกลครั้งถัดไป

ครั้งที่ 2 ติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 สัปดาห์

1) ยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกลและผู้รับการพยาบาลทางไกล

2) วัดสัญญาณชีพเบื้องต้นโดยครอบครัวและประเมินภาวะสุขภาพโดยพยาบาลทางไกล เพื่อตามอาการและความก้าวหน้าของโรค พบผู้ป่วยอาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ ยังมีเสมหะมาก ประเมินทักษะการดูแลที่ครอบครัวยังขาดความมั่นใจ คือ การดูดเสมหะ หลังทบทวนสามารถทำได้ถูกต้องและมีความมั่นใจในการดูแล

3) ติดตามการรับประทานยามุ่งเป้า ผลข้างเคียงจากยา ไม่พบอาการข้างเคียงจากการบริหารยา

4) ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ผลไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน

5) ติดตามความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แบบประเมิน (ST-5, 2Q, 9Q) ผลคะแนนความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับเล็กน้อย และไม่มีภาวะซึมเศร้า

6) สรุปปัญหาและวางแผนการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่สงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว บันทึกผลการให้การพยาบาลทางไกลและนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 ติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 สัปดาห์

1) ยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกลและผู้รับการพยาบาลทางไกล

2) วัดสัญญาณชีพเบื้องต้นโดยครอบครัวและประเมินภาวะสุขภาพโดยพยาบาลทางไกล เพื่อติดตามอาการและความก้าวหน้าของโรค ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ อาการโดยรวมคงที่

3) ประเมินการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวสามารถปรับตัวได้และมั่นใจในการดูแล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4) บันทึกผลการให้การพยาบาลทางไกล พยาบาลโทรติดตามทางไกลครั้งต่อไปตามความเหมาะสมของปัญหา ภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วย และรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ของหน่วยงาน

สรุป

ปัจจุบันเทคโนโลยีได้เจริญก้าวหน้ามากขึ้น การประยุกต์ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมีความสำคัญซึ่งเป็นหนึ่งในความท้าทายในการพัฒนาศักยภาพการพยาบาลทางไกล เป็นรูปแบบของการนำเทคโนโลยีมาใช้ควบคู่กับนวัตกรรมทางการแพทย์และระบบโทรคมนาคมเฉพาะทาง รองรับระบบดูแลสุขภาพทางไกล เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางการพยาบาล โดยไม่ต้องเดินทางไปที่โรงพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคเบื้องต้น การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและติดตามผล รวมถึงยกระดับมาตรฐานการให้บริการต่างๆต่อผู้ป่วยให้มีความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดโดยพยาบาลทางไกลมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ยิ่งในระยะการลุกลามของโรคที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เนื่องจากสามารถติดตามอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ไม่จำเป็นต้องใช้ยานพาหนะเพื่อเดินทางเข้าไปเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวมีช่องทางในการปรึกษากับพยาบาลและสหวิชาชีพได้อย่างรวดเร็ว สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มความสามารถในการจัดการตัวเองที่บ้าน ลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของครอบครัว ลดโอกาสการเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากการดูแลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดด้วยการพยาบาลทางไกล กระบวนการให้การพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยควรเก็บเป็นความลับและไม่นำข้อมูลไปเปิดเผย

2. การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดด้วยการพยาบาลทางไกลอาจมีข้อจำกัดที่สามารถเกิดได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น ไม่มีโทรศัพท์ ไม่มีแอปพลิเคชัน เป็นต้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความสามารถในการใช้ช่องทางการสื่อสารในการดูแล

ผู้ป่วยและขณะเดียวกันควรกระตุ้นผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถสื่อสารผ่านระบบพยาบาลทางไกลกับพยาบาลได้

References

1. World Cancer Research Fund International. Lung cancer statistics [homepage on the Internet]. 2022 [cited 2023 May 14]. Available from: https://www.wcrf.org/cancer-trends/lung-cancer-statistics.
2. Reungwetwattana T. EGFR-mutant lung cancer. Bangkok: ID All Digital; 2022. p. 347.
3. Mohammed HM, El-sol EH. Tele-nursing: opportunities for nurses to shape their profession's future. Novelty Journals. 2020;3(7):660–76.
4. Harada T, Shibuya Y, Kamei T. Effectiveness of telenursing for people with lung cancer at home: a systematic review and meta-analysis. Jpn J Nurs Sci. 2023 Apr;20(2):e12516. doi: 10.1111/jjns.12516. Epub 2022 Oct 20. PMID: 36266923.
5. Sevilay H. Therapeutic effects of nurse telephone follow-up for lung cancer patients in Turkey. Cancer Nurs. 2017;40(6):508–16. doi: 10.1097/NCC.0000000000000461. PMID: 27977427.
6. National Cancer Institute. Fight cancer [Internet]. 2021 [cited 2023 May 14]. Available from: https://www.nci.go.th/th/File_download/fight_cancer/E_book1/mobile/index.html#p=24.
7. Alsaqi SS. Histopathological and risk factors of tissue of lung cancer in Iraq: a review article. WBPH. 2023;24(1):28–34.
8. Zhang T, Mao W, Jinghong G, Song X, Li L, Sun X, et al. The effects of PM2.5 on lung cancer-related mortality in different regions and races: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Air Qual Atmos Health. 2022;15(1):1523–32. doi: 10.1007/s11869-022-01193-0.
9. Rungjang S, Namjuntra R. Symptom management in patients with advanced lung cancer. Thai J Cardio-Thorac Nurs. 2016;27(2):44–55. (in Thai).
10. Siripoon T. Update treatment in cancer patients. Future direction to the digital health era for aging society; 2023 Mar 20–24; Bangkok: Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2023.
11. Thailand Nursing and Midwifery Council. Telenursing [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 14]. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0049.PDF. (in Thai).
12. Hathirat S. Home health care [Internet]. 2011 [cited 2023 May 14]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/HHC.pdf. (in Thai).
13. Cancer and Work. Mobility impairments [homepage on the Internet]. 2023 [cited 2023 May 20]. Available from: https://www.cancerandwork.ca/healthcare-providers/cancers-impact-on-work/effects-mobility/.

14. American Lung Association. Nutrition lung cancer [homepage on the Internet]. 2023 [cited 2023 May 14]. Available from: https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/lung-cancer/treatment/stay-healthy/nutrition.
15. Utthiya P, Sereewichayasawad N, Sirilerttrakul S, Wannakansophon N. Roles of home health care nurses in caring for patients receiving chemotherapy via central venous catheter at home. Nurs Res Innov J. 2019;25(2):119–29. (in Thai).
16. Semsarn S, Chaiviboontham S. A case study of palliative nursing care for persons with advanced lung cancer: roles of advanced practice nurses. Nurs Res Innov J. 2017;23(20):11–26. (in Thai).
17. Public Health Nursing Division. Home health care [Internet]. 2016 [cited 2023 May 14]. Available from: https://phn.bangkok.go.th/images/CareGiver/CG2565/51.pdf. (in Thai).
18. Department of Medical Services. Guide to screening and assessing the health of the elderly. Bangkok: Najanta Creation; 2021. p. 28–36. (in Thai).
19. Department of Mental Health. Stress assessment form (ST5) [Internet]. 2023 [cited 2023 May 14]. Available from: https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้*

พิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิลัย**
นรลักขณ์ เอื้อกิจ***
ศกุนตลา อนุเรือง***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest–posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 24 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่พัฒนาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียม และแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (mean= 44.29, SD= 2.03) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (mean= 42.08, SD= 0.97) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง, อาหารลดโซเดียม

---

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

**นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

***คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

Correspondent author; E-mail; noralukuakit@yahoo.com

Received: July 30, 2023 / Revised: November 09, 2023 / Accepted: September 01, 2024

The effect of belief modification of reducing sodium consumption on blood pressure level among persons with uncontrolled hypertension*

Pimlada Piamsukwilai**
Noraluk Ua-kit***
Sakuntala Anuruang***

Abstract

This quasi-experimental research, a two-group pretest-post-test design. The objective was to examine the effects of belief modification of reducing sodium consumption program on blood pressure levels among persons with uncontrolled hypertension. The samples were 48 uncontrolled hypertension patients who received treatment in Watthana-Nakhon Hospital Sakaeo province. The samples were selected by purposive sampling, with 24 persons divided into the control and experimental groups. The control group received usual care and the experimental group received the belief modification of reducing sodium consumption program, developed from the theory of Health Belief Model. In contrast, the experimental group underwent a four-week. The research instruments consisted of a blood pressure monitor, a knowledge assessment tool regarding the reducing sodium consumption questionnaire, and a behavior questionnaire to reduce sodium. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that the experimental group had a higher mean knowledge score after the program (mean = 44.29, SD = 2.03), scores in sodium-reduction dietary behaviors after the program (mean = 42.08, SD = 0.97), and the mean blood pressure of persons with uncontrolled hypertension after receiving the health-promoting program was significantly lower than that before receiving program and lower than that in the control group at the significant level a .05

Keywords: health belief model, hypertension, reducing sodium consumption

---

*Thesis in Master Degree of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Pathum Wan, Bangkok 10330, Thailand

**Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing in Adult and Gerontological Nursing.
***Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Pathum Wan, Bangkok 10330, Thailand
Correspondent author; E-mail; noralukuakit@yahoo.com

Received: July 30, 2023 / Revised: November 09, 2023 / Accepted: September 01, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 พันล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกสูงถึง 1,560 ล้านคน[1] ประเทศไทยมีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากประมาณ 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2561 และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 7,886 คน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 9,313 คน ในปี พ.ศ. 2562[2] ที่ผ่านมามีการพัฒนาแนวทางการควบคุมและรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ได้แก่ มีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่[3] ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิดขึ้นไป และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้[4] โดยเป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะไตวายและมีโอกาสเสียชีวิต[5] ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ปัจจัยสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 1) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ พันธุกรรม อายุ[6] เชื้อชาติ และเพศ[7,8] และ 2) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่[9] การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์[10] การรับประทานโซเดียมเกิน[11] และระดับการศึกษา[6] เป็นต้น ดังนั้น การควบคุมความดันโลหิตจึงมุ่งเน้นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ [12] แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) มี 2 วิธี คือ การให้ยาลดความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด การมาตรวจตามนัด และการลดปริมาณโซเดียมที่บริโภคช่วยให้ความดันโลหิตลดลงและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้[13] ดังนั้น หากต้องการลดหรือควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม คือ การบริโภคโซเดียมมากเกินโดยเฉพาะคนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมสูงในแต่ละวัน จากการสำรวจปริมาณโซเดียมที่บริโภคปี พ.ศ. 2563 ปริมาณโซเดียมเฉลี่ยที่คนไทยบริโภค คือ 3635.6 มิลลิกรัม/วัน[14] จากการศึกษาพบว่า การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงจะเพิ่มระดับโซเดียมในเลือด ซึ่งจะกระตุ้นให้หัวใจหลั่งฮอร์โมน Natriuretic ทำให้มีการขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย การตอบสนองนี้ป้องกันไม่ให้ระดับโซเดียมและน้ำใน

ร่างกายสูงเกินไป ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น[15] และสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้[16] ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สูงถึงร้อยละ 65 จากการศึกษา[17] พบว่า การบริโภคโซเดียมลดลงเล็กน้อยเพียง 4 สัปดาห์หรือมากกว่านั้นทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญและการจำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัม/วัน ทำให้ความดันโลหิตตัวบนลดลงได้ประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท[5]

คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว มีสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 เพิ่มขึ้นจาก 1,896 คน เป็น 2,275 คน[18] จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นโดยการสังเกตและสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 15 คน พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่อำเภอวัฒนานครเป็นคนอีสาน ซึ่งนิยมใช้ผงนัวหรือผงชูรสในการปรุงอาหารร่วมกับน้ำปลาร้าและน้ำปลา รวมถึงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ได้คำนึงถึงระดับโซเดียมในอาหาร เช่น การรับประทานส้มตำซึ่งปรุงรสตามปกติไม่ได้ลดปริมาณเครื่องปรุงที่มีโซเดียม เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[19] พบว่า อาหารที่นิยมในภาคอีสานหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่มีโซเดียมสูง ถึงแม้บุคลากรทางสุขภาพได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงแล้ว แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมสูง ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น

ปัจจุบันแนวทางการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มสูงขึ้นและไม่พบการศึกษาที่มุ่งเน้นเจาะจงในเรื่องการบริโภคอาหารลดโซเดียมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker[20] ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์มาช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองโดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการบริโภคอาหารลดโซเดียมระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านของ Becker[20] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำและลดการบริโภคโซเดียมได้อย่างต่อเนื่องได้ โดยบุคคลจะสามารถมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้นั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ว่าบุคคลนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงโรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิต 3) การรับรู้ประโยชน์รับรู้ว่าการปฏิบัติก่อให้เกิดผลดีช่วยลดโอกาสเสี่ยง

ของการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงป่วยเป็นโรคนั้น ๆ 4) การรับรู้อุปสรรค การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติของบุคคล เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หรือสิ่งกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งผู้วิจัยมีกิจกรรมการชักนำให้เกิดการปฏิบัติโดยการนำแอปพลิเคชันไลน์เป็นสื่อในการกระตุ้นทุกวัน ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์

การนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจะช่วยลดข้อจำกัดต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย ไม่ต้องคำนึงถึงระยะทางให้คำปรึกษาได้สะดวก ทันต่อเหตุการณ์ ผู้ป่วยสามารถเห็นได้ทั้งภาพ เสียงหรือข้อมูลต่าง ๆ ได้ชัดเจน[21] การนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการติดตามอาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[22] ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[23] ($p < .05$) สอดคล้องกับกรรณิกา สุวรรณา และคณะ[24] ศึกษาผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อในการพัฒนาโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนความรู้การรับรู้เพิ่มสูงขึ้น และมีความเค็มในอาหารลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน[17] พบว่าการลดการบริโภคเกลือลงเล็กน้อยเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมเป็นการกระทำเพื่อควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่ถูกต้องนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่เหมาะสม ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงและช่วยลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนได้

ดังนั้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และกิจกรรมชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 4

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม

2. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม

2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest–posttest design)

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่าง เลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าตามคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เพศชายและหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ในกรณีผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินด้วย MMSE-Thai 2002 (ระดับประถมศึกษา > 18 คะแนน, ระดับสูงกว่าประถมศึกษา > 23) 2) มีความดันโลหิต $\geq$ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้งสุดท้าย (ระยะห่าง 1 เดือน) 3) ได้รับการรักษาด้วยยาความดันโลหิต 1 ชนิดขึ้นไป 4) มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมน้อยกว่าร้อยละ 80 5) ไม่มีภาวะโรคร่วม สามารถพูด ฟัง อ่าน ภาษาไทยได้ 6) มีโทรศัพท์ Smart phone สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ และยินดีเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนระหว่างดำเนินการวิจัย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นต้น 2) เข้าร่วมวิจัยไม่ครบระยะเวลาดำเนินการทดลองทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้าน อายุ[6] เพศ[7,8] ระดับการศึกษา[6] และจำนวนของยาลดความดันโลหิต[25] ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพลอ้างอิงงานวิจัยของทรัพย์ทวี หิรัญเกิด และคณะ[26] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียงพอที่จะอนุมานถึงประชากรเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 24 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 24 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรค

ความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้ในปัจจุบัน ความดันโลหิต และการออกกำลังกาย

1.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ รุ่น TM-2657P ซึ่งมีการสอบเทียบเครื่องมือจากหน่วยรักษาเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลวัฒนานคร โดยว่าจ้างบริษัท Perfect Therapy จำกัด ให้เป็นผู้ตรวจสอบทุก 6 เดือน และมีการบำรุงรักษาเครื่องทุก 2 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระยะเวลา 4 สัปดาห์

2.2 คู่มือการบริโภคอาหารลดโซเดียม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษา 2) โซเดียมคืออะไร และผลของการรับประทานโซเดียมสูงต่อร่างกาย 3) ประโยชน์ของการบริโภคอาหารลดโซเดียม 4) ตัวอย่างปริมาณโซเดียมในอาหาร และแนวทางการลดโซเดียม ผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม สมุนไพรและการลดโซเดียม

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมและคู่มือการบริโภคอาหารลดโซเดียมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 3 คน และพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษาก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมสูงของ ปรัศนี ศรีกัน และคณะ[27] จำนวน 9 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน)

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และนำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อนรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งทดลอง ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการรวบรวมข้อมูล 2 ครั้งดังนี้ ครั้งที่ 1 วันแรกในวันที่เข้ารับการตรวจที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัฒนานคร เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วัดความดันโลหิต จากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และนัดครั้งถัดไป ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด 4 สัปดาห์ ให้กลุ่มควบคุมวัดความดันโลหิตและให้คู่มือการบริโภคอาหารลดโซเดียม

2. กลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1)

1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย 2) เพิ่มเป็นเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์และจัดตั้งเป็นไลน์กลุ่ม ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ชื่อกลุ่ม บริโภคอาหารลดโซเดียม 3) ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วัดความดันโลหิต และทำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนได้รับโปรแกรม หลังจากนั้นให้ข้อมูลการรับรู้เป็นรายบุคคลตามแผนการสอน ดังนี้

- ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ได้แก่ ให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับผลของการรับประทานเกลือเกิน และภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการบริโภคอาหารลดโซเดียม ปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมโดยมีการใช้สื่อจากสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โมเดลอาหารและเทคนิคง่ายๆ ในการลดอาหารเค็ม

- ผู้วิจัยแจกคู่มือการบริโภคอาหารลดโซเดียมเพื่อให้กลุ่มทดลองทบทวนต่อที่บ้าน และนัดหมายเวลาที่ผู้วิจัยติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยแจ้งช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัย 08.00 น.-18.00 น.

วันที่ 2-7 กิจกรรมชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

กระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่เหมาะสมเกิดขึ้น โดยให้เกล็ดความรู้วันละ 1 เรื่อง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม เวลา 08.00 น. ทุกวัน เพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ได้แก่ วิธีเลือกรับประทานอาหาร ตัวอย่างอาหารที่มีโซเดียมสูงที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่ควรเลือกรับประทาน รวมถึงวิธีการบันทึกการรับประทานอาหารลดโซเดียม ร่วมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำความรู้และประสบการณ์เดิมมาใช้ในการปฏิบัติ

- ให้สมาชิกกลุ่มทดลองแชร์เมนูอาหารลดโซเดียมที่รับประทานผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กล่าวชมเชยและให้กำลังใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม เน้นให้แสดงความคิดเห็น

สัปดาห์ที่ 2, 3 กิจกรรมชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (กิจกรรมเดียวกับสัปดาห์ที่ 1)

เพิ่มการติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์รายบุคคลโดยการ VDO call ในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อให้คำปรึกษาการบริโภคอาหารลดโซเดียมเพื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคของการบริโภคอาหารลดโซเดียม และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมีกำลังใจในการบริโภคอาหารลดโซเดียม

สัปดาห์ที่ 4 หลังจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินความดันโลหิตและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว รหัสโครงการ 11/2565 ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการทำวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้ และไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ์ หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันทีและผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาลวัฒนานคร การวิจัยถือเป็นความลับโดยผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อทำการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยเรียบร้อย ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมดำเนินการให้กับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตรวจสอบค่าการแจกแจงค่าความดันโลหิตโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมด้วยสถิติทดสอบค่าที ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Dependent t-test)

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 48 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.17 อายุเฉลี่ย 52.04 ปี (SD = 8.82) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.67 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.32 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.34 เป็นครอบครัวใหญ่ ร้อยละ 62.50 ใช้ยาลดระดับความดันโลหิต 1 ชนิด ร้อยละ 66.66 โดยส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 66.66 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.21 ปี (SD = 4.29) ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 159.42 มิลลิเมตรปรอท

(SD = 4.02) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 95.29 มิลลิเมตรปรอท (SD = 2.35)

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.17 มีอายุเฉลี่ย 52.13 ปี (SD = 8.66) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.67 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.67 เป็นครอบครัวใหญ่ ร้อยละ 66.66 ใช้ยาลดระดับความดันโลหิต 1 ชนิด ร้อยละ 66.66 โดยส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 70.84 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.29 ปี (SD = 4.76) ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 159.75 มิลลิเมตรปรอท (SD = 4.35) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 96.0 มิลลิเมตรปรอท (SD = 2.52)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมเฉลี่ยเท่ากับ 24.42 คะแนน (SD = 2.32) และ 24.25 คะแนน (SD = 2.82) ตามลำดับ โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 44.29, SD = 2.03)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมมีความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 139.92 มิลลิเมตรปรอท (SD = 4.73) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 89.42 มิลลิเมตรปรอท (SD = 2.32) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดังกล่าวต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 161 มิลลิเมตรปรอท (SD = 5.49) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 95.29 มิลลิเมตรปรอท (SD = 2.35) ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 159.42 มิลลิเมตรปรอท (SD = 4.02) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 95.63 มิลลิเมตรปรอท (SD = 2.16) กลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย เท่ากับ 159.42 มิลลิเมตรปรอท (SD = 4.02) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 95.63 มิลลิเมตรปรอท (SD = 2.16) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย เท่ากับ 139.92 มิลลิเมตรปรอท (SD = 4.73) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยเท่ากับ 89.42 มิลลิเมตรปรอท (SD = 2.32) กลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย เท่ากับ 161 มิลลิเมตรปรอท (SD = 5.49) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย เท่ากับ 95.29 มิลลิเมตรปรอท (SD = 2.35) ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

Table 1 Comparison of mean and standard deviation of blood pressure in patients with uncontrolled hypertension before and after the intervention for both experimental and control groups using dependent t-test

Blood pressure level	n	mean	SD	df	t	p-value
Experimental group						
Systolic blood pressure						
Pre	24	159.75	4.35	23	16.46	<.001*
Post	24	139.92	4.73			
Diastolic blood pressure						
Pre	24	96.00	2.52	23	11.94	<.001*
Post	24	89.42	2.32			
Control group						
Systolic blood pressure						
Pre	24	159.42	4.02	23	-1.37	.093
Pose	24	161	5.49			
Diastolic blood pressure						
Pre	24	95.63	2.16	23	.49	.312
Post	24	95.29	2.35			

*p < .05

Table 2 Comparison of mean and standard deviation of blood pressure in patients with uncontrolled hypertension before and after the intervention between experimental and control groups using independent t-test

Blood pressure level	n	mean	SD	df	t	p-value
Pre						
Systolic blood pressure						
Experimental group	24	159.75	4.35	46	.27	.39
Control group	24	159.42	4.02			
Diastolic blood pressure						
Experimental group	24	96.00	2.52	46	.55	.29
Control group	24	95.63	2.16			
Post						
Systolic blood pressure						
Experimental group	24	139.92	4.73	46	-14.25	<.001*
Control group	24	161	5.49			
Diastolic blood pressure						
Experimental group	24	89.42	2.32	46	-8.71	<.001*
Control group	24	95.29	2.35			

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมมีความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามแนวคิดของ Becker ซึ่งให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่ถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่เหมาะสมส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้

การวิจัยนี้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะในเรื่องการบริโภคอาหารลดโซเดียม โดยการให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารลดโซเดียมที่เหมาะสมกับโรค วิธีการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง รวมถึงวิธีการเลือกใช้เครื่องปรุงที่ลดโซเดียมในการประกอบอาหาร วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ มีการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติทุกวัน เป็นการวางแผนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่จะคำนึงถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงจากการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ผู้ป่วยต้องทราบผลเสียหรือความเสี่ยงของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รวมถึงคำนึงถึงความจำเป็นและผลดีของการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ผลเสียของการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง เน้นย้ำเรื่องความเสี่ยง ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนจากการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง และการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่สามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ เน้นย้ำการเลือกบริโภคอาหารลดโซเดียมที่เหมาะสม มีแผนการสอนและแจกคู่มือการบริโภคอาหารลดโซเดียม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ดังนั้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมอย่างถูกต้อง เหมาะสม มีการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกิดการรับรู้และปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ นำไปสู่การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมได้ จึงส่งผลให้มีความดันโลหิตลดลงได้ มีการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมของครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า หลังการทดลอง ครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[28] ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของทศพล กาดกอเสริม และคณะ[29] พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และมีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง เนื่องจากโปรแกรมนี้มีจุดเด่นในเรื่องของการออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดของ Becker มีการเพิ่มคู่มือการบริโภคอาหารลดโซเดียม การจัด

กิจกรรมกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปฏิบัติทุกวันผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ และสามารถมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้ ซึ่งจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรกำกับเพิ่มขึ้น คือ คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมเท่ากับ 19.13 คะแนน (SD = 3.49) และ 42.08 คะแนน (SD = 0.97) ตามลำดับ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมนี้ ผู้วิจัยส่งเกร็ดความรู้แบบ infographic วันละ 1 เรื่อง และให้สมาชิกกลุ่มทดลองแชร์เมนูอาหารลดโซเดียมที่รับประทานผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน เพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค นอกจากนี้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจ ให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม เน้นให้แสดงความคิดเห็นเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมอย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งผู้ป่วยได้รับการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์รายบุคคลโดยการ VDO call เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรครายบุคคล รวมถึงมีการกระตุ้นเตือนเพื่อให้ผู้ป่วยมีการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้

ข้อจำกัดในงานวิจัยครั้งนี้

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองบางรายได้รับการวัดความดันโลหิตก่อนการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมซึ่งเป็นแบบกำกับการทดลอง ซึ่งอาจส่งผลต่อตัวแปรตามได้ไม่ชัดเจนตามกรอบแนวคิดการวิจัย

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการบริโภคอาหารลดโซเดียม ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามระดับความดันโลหิตในระยะยาวเป็นระยะๆ ติดต่อกัน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกับความยั่งยืนในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมนี้ไปดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน เป็นต้น เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. การนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมเพื่อประเมินความดันโลหิต ต้องเคร่งครัดในเรื่องตัวแปรกำกับการทดลอง เพื่อมั่นใจว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียมส่งผลต่อความดันโลหิตได้จริง

References

1. World Health Organization. World health statistics. All rights reserved. Publications of the World Health Organization. WHO; 2020 [cited 2022 Jan 4]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059
2. Ministry of Public Health. Strategy and planning division. Public health statistics 2019. Bangkok: Samcharoen Panich Printing; 2020. (in Thai).
3. Panmung N, Yoolerdlop A, Jaepor A. World stroke day 2018 campaign. [Internet]. 2018. Available from: https://www.thaincd.com/2018/news/announcement-detail. (in Thai).
4. Thai Hypertension Society. Guidelines in the treatment of hypertension 2019. Chiang Mai: Trickthink; 2019. (in Thai).
5. Verdecchia P, Reboldi G, Angeli F. The 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines - key messages and clinical considerations. Eur J Intern Med. 2020 Dec;82:1-6. doi: 10.1016/j.ejim.2020.09.001. Epub 2020 Sep 22. PMID: 32972800.
6. Arnett DK, Claas SA. Omics of blood pressure and hypertension. Circ Res. 2018 May 11;122(10):1409-19. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.311342. PMID: 29748366.
7. Liew SJ, Lee JT, Tan CS, Koh CHG, Van Dam R, Müller-Riemenschneider F. Sociodemographic factors in relation to hypertension prevalence, awareness, treatment and control in a multi-ethnic Asian population: a cross-sectional study. BMJ Open. 2019 May 19;9(5):e025869. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025869. PMID: 31110091; PMCID: PMC6530395.
8. Bahloul A, Hammami R, Charfeddine S, Triki S, Bouattour N, Abid L, et al. Epidemiological and clinical profile of hypertensive octogenarian patients and factors associated with uncontrolled hypertension: observational study of 346 patients. Pan Afr Med J. 2021 Jul 15;39:202. doi: 10.11604/pamj.2021.39.202.28466. PMID: 34603583; PMCID: PMC8464201.
9. Aberhe W, Mariye T, Bahrey D, Zereabruk K, Hailay A, Mebrahtom G, et al. Prevalence and factors associated with uncontrolled hypertension among adult hypertensive patients on follow-up at Northern Ethiopia, 2019: cross-sectional study. Pan Afr Med J. 2020 Jul 15;36:187. doi: 10.11604/pamj.2020.36.187.23312. PMID: 32952831; PMCID: PMC7467626.
10. Mitra M, Wulandari W. Factors affecting uncontrolled blood pressure among elderly hypertensive patients in Pekanbaru City, Indonesia. Open Access Maced J Med Sci. 2019 Apr 13;7(7):1209-13. doi: 10.3889/oamjms.2019.255. PMID: 31049109; PMCID: PMC6490495.
11. Abegaz TM, Abdela OA, Bhagavathula AS, Teni FS. Magnitude and determinants of uncontrolled blood

pressure among hypertensive patients in Ethiopia: hospital-based observational study. Pharm Pract (Granada). 2018 Apr-Jun;16(2):1173. doi: 10.18549/PharmPract.2018.02.1173. PMID: 30023028; PMCID: PMC6041209.

12. Sittiwang S, Uengwattana S, Thamdee D. Effect of a self-management promotion program on health behaviors and blood pressure levels in patients with uncontrolled hypertension. J Nurs Sci. 2020;47(2):85-97. (in Thai).
13. Grodner M, Escott-Stump S, Dorner S. Nutritional foundations and clinical applications: a nursing approach. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2015. p. 141-8.
14. Chailimpamontree W, Kantachuvesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit P, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: a nationwide population survey with 24-hour urine collections. J Clin Hypertens (Greenwich). 2021 Apr;23(4):744-54. doi: 10.1111/jch.14147.
15. Grillo A, Salvi L, Coruzzi P, Salvi P, Parati G. Sodium intake and hypertension. Nutrients. 2019 Aug 21;11(9):1970. doi: 10.3390/nu11091970. PMID: 31438636; PMCID: PMC6770596.
16. Wutthikitcharat W, Nakawiro P, Bosittipichet T. Factors associated with blood pressure control among hypertensive patients. JPMAT [Internet]. 2021 May 14 [cited 2025 Jan 1];11(1):128-43. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/247253. (in Thai).
17. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomized trials. BMJ. 2013 Apr 3;346:f1325. doi: 10.1136/bmj.f1325. PMID: 23558162.
18. Watthana Nakhon Hospital. Medical records and hospital statistics. Sa Kaeo: Watthana Nakhon Hospital; 2021. (in Thai).
19. Ekkantong P, Jitjaeng U, Sirijakwan P, Kriangsinyos W. Sodium content in popular foods in the northeastern region of Thailand. J Health Nurs Educ. 2018;24(2):6-17. (in Thai).
20. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):409-19. doi: 10.1177/109019817400200407.
21. Boonchoed C. Monitoring bedridden patients, cancer patients, and primary pharmaceutical care using LINE application in Phon Ngam, Nong Mee, Kam Maet, Kut Chum Municipal, Kut Chum District, Yasothon Province. J Public Health. 2018;27(5):920-6. (in Thai).
22. Pinsapachanan W. Development of a care system for patients with uncontrolled hypertension at the Tambon Health Promotion Hospital, Bo Phloi District, Kanchanaburi Province. J Community Public Health Council. 2021;3(1):23-37. (in Thai).
23. Thongkhaw S, Kimsungnoen N, Namjantra R. Effect of a support and education program on self-care behaviors and blood pressure levels in adults with uncontrolled hypertension. J Cardiovasc Nurs. 2021;32(2):73-88. (in Thai).
24. Suwanna K, Sitibunrung W, Kaewdam J, Leosak Inthanuaphap L, Homprasith J, Damtong S, Nurapak A. Effectiveness of a salt reduction program on dietary behaviors in high-risk groups for

hypertension. Thai J Health Sci. 2021;3(2):1-13. (in Thai).

25. Sakboonyarat B, Rangsin R, Kantiwong A, Mungthin M. Prevalence and associated factors of uncontrolled hypertension among hypertensive patients: a nationwide survey in Thailand. BMC Res Notes. 2019 Jul 4;12(1):380. doi: 10.1186/s13104-019-4417-7. PMID: 31272496; PMCID: PMC6610935.
26. Supthawee H, Phaitoon W, Mewadee S. Effect of a health belief model program on knowledge, stroke prevention behaviors, and blood pressure levels in patients with hypertension. J Army Nurs. 2021;22(1):478-87. (in Thai).
27. Prasnee S, Somsri T, Woraporn S, Chonthima P. Relationship between knowledge, self-care abilities, sodium reduction behaviors, and urinary sodium levels among students and staff at Boromrajonani College of Nursing, Phayao. J Health Res Nurs. 2018;34(3):21-33. (in Thai).
28. Noroozi F, Fararouei M, Kojuri J, Ghahremani L, Ghodrati K. Salt consumption and blood pressure in rural hypertensive participants: a community field trial. ScientificWorldJournal. 2022 Mar 30;2022:2908811. doi: 10.1155/2022/2908811. PMID: 35401060; PMCID: PMC8986400.
29. Kadkaoserm T, Prathuma R, Thitiaapa T, Nongnuch O. Effect of a health belief model program on health behaviors and blood pressure levels in patients with high blood pressure. J Nurs Sci. 2015;9(3):100-9. (in Thai).

ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

รัตนาภรณ์ สังข์ทอง*
วราภรณ์ คงสุวรรณ**
ชุลีพร พรหมพาหกุล***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าที่เคยมีประสบการณ์การรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ มากกว่า 1 ครั้งใน 6 เดือน ในช่วงการระบาดของโควิด 19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล และใช้คำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ระหว่างการสัมภาษณ์จะใช้การโทรศัพท์แบบวิดีโอและบันทึกเทปเสียงการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์ตามวิธีการของโคไลซี่

ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่มีความต้องการการดูแล 4 ลักษณะ คือ 1) ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล 2) ต้องการการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน 3) ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย และ 4) ต้องการทราบการพยากรณ์ของโรคจากแพทย์ที่ดูแล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการเสนอแนะแก่ทีมสุขภาพในการปรับปรุงการดูแลและบริการที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าโดยเฉพาะในยุควิถีใหม่ในระบบบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า, ความต้องการการดูแล, ยุควิถีใหม่, การวิจัยเชิงคุณภาพ

---

*นักศึกษามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย
Corresponding author; E-mail: waraporn.k@psu.ac.th
***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย

Receive: June 26, 2023 / Revised: September 28, 2023 / Accepted: September 03, 2024

Care needs of persons with advanced-stage heart failure in the new normal era

Rattanaporn Sungthong*
Waraporn Kongsuwan**
Chuleeporn Prompahakul***

Abstract

This study aimed to describe the care needs of persons with advanced heart failure in the new normal era using a descriptive phenomenological approach. The informant was a person with advanced heart failure who had been admitted to the cardiac intensive care unit of a university hospital in the southern region more than once in 6 months during the COVID-19 outbreak from 2020 to 2022. The informants were 12 patients who received treatment until their symptoms improved and they could take care of themselves at home. Data were collected between April and August 2022 using semi-structured interviews through video calls. Audiotapes were recorded during the interview. Interview transcriptions were analyzed using Colaizzi's approach.

The findings showed the care needs of person with advanced-stage heart failure in the new normal era in 4 themes: 1) Need convenience and quick access to hospital services; 2) Need continuous monitoring via a phone or mobile application; 3) Need care and support from the family to live according to the physical conditions; and 4) Need to know the prognosis of the disease from the primary physician.

The results of this study can be empirical data to guide healthcare teams in developing care and services that meet the needs of persons with advanced-stage heart failure, especially the healthcare services in the new normal era.

Keywords: advanced-stage heart failure, care needs, new normal era, qualitative research

---

*Student of Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110, Thailand

**Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Corresponding author; E-mail: waraporn.k@psu.ac.th

***Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Receive: June 26, 2023 / Revised: September 28, 2023 / Accepted: September 03, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพอีกหนึ่งปัญหาใหญ่ที่เกิดขึ้นกับประชากร ซึ่งมีรายงานว่าทั่วโลกมีประชากรที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น 45% จากปี 2012 ถึง ปี 2030[1] โดยพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออายุมากกว่า 75 ปี จะมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 10[2] โรคหัวใจล้มเหลวจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา ถึงแม้ว่าประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย ยังไม่มีสถิติยืนยันเกี่ยวกับจำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 10 และมีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี อยู่ที่ร้อยละ 58.2[2] โดยที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเสียชีวิตอย่างกะทันหัน โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ทำให้ไม่สามารถวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตได้[3] ส่งผลให้ญาติและครอบครัวรับกับภาวะการสูญเสียได้ยาก

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า (advanced-stage heart failure) คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของโรค จนส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งระบบอื่นๆ ในร่างกาย จนทำให้อาการทรุดลงอย่างมากจนส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ลดลง และเมื่อได้การรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองจะสามารถช่วยควบคุมอาการของโรคได้ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้นและสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ แต่อย่างไรก็ตามอาการจะกำเริบได้เป็นช่วง ๆ เนื่องจากเกิดความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหัวใจ ทำให้การดำเนินโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ระยะเวลาในการรักษาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โรคมีความซับซ้อนมากขึ้นและมีอาการผิดปกติมากขึ้น อาการผิดปกติที่มักจะพบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า คือ หายใจเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก และหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหันได้[1,2]

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2564 ตามลำดับ ประเทศไทยมีความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบาย “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” (Social Distancing) เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด 19 และทำให้การดำเนินชีวิตของผู้คนในประเทศเปลี่ยนไป โดยเรียกการดำเนินชีวิตแบบใหม่นี้ว่า “นิวนอร์มอล (New normal)” [4] ในระบบบริการสุขภาพเป็นอีกหนึ่งส่วนสำคัญที่รับนโยบายมาปรับใช้ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีนโยบายลดความแออัดของการมาติดตามอาการ โดยกำหนดจำนวนผู้ใช้บริการในแต่ละวัน หอผู้ป่วยในมีนโยบายงดเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยสัมผัสกับบุคคลอื่นให้น้อยที่สุด

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารักษาอย่างต่อเนื่อง เป็น 1 ใน 5 โรคหลักของหอผู้ป่วย มีอัตราการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 17 ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยเรื้อรังและมีการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อย จากการเก็บข้อมูลสถิติของหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน อยู่ที่ร้อยละ 20

นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำมักจะมีอาการซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 หอผู้ป่วยได้มีมาตราการจำกัดการเยี่ยม โดยสามารถสื่อสารกับญาติได้ผ่านวิดีโอคอล และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านจะได้รับยาจัดส่งทางไปรษณีย์หรือให้ไปรับที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งอาจเกิดปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการรักษาหรือได้รับยาล่าช้า และมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโทรศัพท์เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย 7 วันหลังออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นได้มีการติดตามอาการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และจากการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น มีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามักมีอาการไม่คงที่ มีปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวลกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น[5] ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวพบได้น้อยมากในประเทศไทย โดยส่วนใหญ่จะพบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการมากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาในต่างประเทศ 2 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาติดตามอาการที่คลินิกผู้ป่วยนอก ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการ 5 ประการ คือ 1. การรับรู้การวินิจฉัย การรักษา และแรงสนับสนุนทางการแพทย์ 2. การรับรู้เรื่องการพยากรณ์ของโรค 3. การเผชิญกับการเข้าสู่ระยะท้าย 4. ทางเลือกในการรักษา 5. แรงสนับสนุนทางสังคม [6,7] การศึกษาทั้ง 2 การศึกษาเป็นการศึกษาในผู้ป่วยต่างประเทศ ซึ่งมีความเชื่อและวิถีชีวิตที่ต่างกับประเทศไทย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ที่มีความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต และการเปลี่ยนแปลงของนโยบายการเว้นระยะห่างทางสังคม เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย และแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซีมาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) โดยใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) ตามแนวคิดเชิงปรัชญาของฮัสเซิล และใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี [8] โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจความต้องการการดูแลของผู้ให้ข้อมูลในเรื่องที่ต้องการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าที่เคยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนผู้ให้ข้อมูลขึ้นกับความ

อิ่มตัวของข้อมูล (data saturation)[8] ในการศึกษานี้ข้อมูลอิ่มตัวที่จำนวนผู้ให้ข้อมูล 12 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า โดยมีลักษณะทางคลินิก ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ 3 และ 4 ตามการแบ่งระยะของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA functional class III-IV) แต่สามารถรักษาให้อาการคงที่ที่จะกลับบ้านได้

2) เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปในช่วง 6 เดือน ระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565

3) ไม่สามารถใช้ยาขนาดเดิมในการรักษาได้เนื่องจากเกิดผลข้างเคียง

4) จำเป็นต้องใช้ยาขับปัสสาวะขนาดสูง (furosemide > 240 มิลลิกรัมต่อวัน) และ/หรือต้องใช้ยาขับปัสสาวะมากกว่า 1 ชนิด

5) เกิดผลกระทบต่ออวัยวะอื่นนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด

6) มีประวัติเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติชนิดถาวรทำงานหลายครั้ง

7) ไม่ตอบสนองต่อการการช่วยรักษาโดยใช้เครื่องเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน

8) มีประวัติการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต (inotrope) ทางหลอดเลือดดำเพื่อพยุงอาการ โดยต้องมีลักษณะทางคลินิกมากกว่า 2 ข้อ

2. อายุมากกว่า 18 ปี

3. มีการรับรู้ปกติ โดยผ่านการทดสอบการรับรู้ด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อภาษาไทย (Mini-Cog) โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมิน ผู้ให้ข้อมูลต้องมีคะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน

4. มีความเต็มใจให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ ที่สามารถใช้โปรแกรมคุยผ่านทางวิดีโอได้ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถสังเกตอาการเหนื่อยล้า หรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออกผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้ป่วยมีอาการของโรคแย่ลงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น อาการหอบเหนื่อยเมื่อพูด เจ็บหน้าอก หรือใจสั่น ขณะพัก

2. ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

1. คำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คำถามส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา อาชีพ อาศัยอยู่กับใคร/ใครเป็นผู้ดูแลหลัก งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำเมื่ออยู่ที่บ้าน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการรักษาจากการทบทวนเวชระเบียน ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ค่าการบีบตัวของหัวใจ (EF) จำนวนครั้งและจำนวนวันในการรับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ครั้งแรก การรักษาที่ได้รับขณะอยู่ที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ

ส่วนที่ 3 แนวคำถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ให้ข้อมูล โดยสร้างแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง โดยแนวคำถามได้มาจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างแนวคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

งานวิจัย ซึ่งคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการการดูแล ได้แก่ “1. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 คุณได้รับการติดตามอาการด้วยวิธีใดบ้าง แล้วคุณมีความคิดเห็นอย่างไรกับการสื่อสารด้วยวิธีดังกล่าว 2. คุณอยากได้การดูแลหรือการช่วยเหลืออย่างไรบ้างในช่วงสถานการณ์โควิด 19” คำถามดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของประเด็นสำคัญเชิงเนื้อหาที่จะศึกษาตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จากผู้คุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลชำนาญการโรคหัวใจ อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและวิจัยเชิงคุณภาพ และอาจารย์แพทย์ผู้ชำนาญการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ทำการลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของคำถาม ภาษาที่ใช้ เทคนิคในการสัมภาษณ์ ความเป็นไปได้ในการศึกษา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาร่วมวิเคราะห์กับทีมผู้วิจัย จากนั้นนำปัญหาอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงคำถามและเทคนิคการสัมภาษณ์ก่อนทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง

2. เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง และสมุดบันทึกแนวคำถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลงระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสการรับรองจริยธรรม มอ. 104.2435172/65-01917 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการบันทึกเทปเสียงขณะสัมภาษณ์ และการจดบันทึกข้อมูลบางส่วนขณะสัมภาษณ์ ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง และได้เน้นย้ำว่าหากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาและพยาบาลในอนาคต นอกจากนี้ข้อมูลได้มาจะถูกจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่ทีมผู้วิจัย กรรมการจริยธรรมการวิจัย เท่านั้นที่จะสามารถเข้าดูได้ และจะทำลายหลังจาก 2 ปี ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วจะนำเสนอโดยภาพรวมโดยไม่มีการกล่าวถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งศึกษาประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการได้มาซึ่งความรู้ในประสบการณ์ของบุคคลที่ต้องการศึกษา โดยผู้วิจัยได้เตรียมความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัย เทคนิคการสัมภาษณ์ การบันทึกข้อมูล เพื่อให้มีความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้เที่ยงตรง ภายใต้จรรยาบรรณของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นผู้ให้ข้อมูลรายชื่อและช่องทางการติดต่อแก่ผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เข้าเกณฑ์การวิจัยแล้ว พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจได้เป็นผู้ช่วยโทรติดต่อและแนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลในครั้งแรกของการโทรไปสัมภาษณ์ เพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ให้ข้อมูล

เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงเจตจำนงทางวาจา เพื่อให้ผู้วิจัยรับทราบและทำการบันทึกเสียงไว้เป็นหลักฐาน และมีพยาบาลจากหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นพยานในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที รายละ 2-3 ครั้ง โดยทุกครั้งที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปการบันทึกเสียงหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งในลักษณะคำต่อคำ ที่เกิดจากการสัมภาษณ์ อ่านข้อความทั้งหมดอีกครั้ง จับประเด็นสำคัญ ทำสัญลักษณ์ในข้อความที่มีความสำคัญ และความคล้ายคลึงกับข้อมูลที่เกิดขึ้น ความไม่สมบูรณ์ของเนื้อหา เพื่อวางแผนในการสัมภาษณ์ซ้ำในครั้งถัดไป จนมีข้อมูลเพียงพอและข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวจึงสิ้นสุดการสัมภาษณ์

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี (Colaizzi's method) 7 ขั้นตอน[11] ได้แก่ อ่านบทสัมภาษณ์ ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้า ทำความเข้าใจสาระสำคัญของเนื้อหาและกำหนดความหมาย จัดกลุ่มของความหมายเป็นประเด็นหลัก รวบรวมประเด็นที่ได้และอธิบายหรือบรรยายอย่างถี่ถ้วน และให้มีความชัดเจน จากนั้นนำประเด็นที่ได้หรือข้อค้นพบไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

การสร้างความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพโดย

1) การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลนานพอ (prolonged engagement) ซึ่งกระทำโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน 2-3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 30-45 นาที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ[8,9]

2) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกราย (member checking) โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่วิเคราะห์โดยผู้วิจัย มาตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน[9]

3) การตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยอีก 2 ท่าน (dependability) ซึ่งมีการตรวจสอบทุกขั้นตอนตั้งแต่การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานผลการศึกษา ทั้งนี้ ผู้วิจัยทั้ง 2 ท่านเห็นด้วยกับผลการศึกษาที่ได้

4) การเขียนบันทึกความรู้สึกและนึกคิดของผู้วิจัยระหว่างทำการศึกษา เพื่อแยกแยะข้อค้นพบที่ได้และความคิดเห็นส่วนตัวของผู้วิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งหมด 12 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 2 ราย เพศชาย จำนวน 10 ราย มีอายุตั้งแต่ 37 – 74 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 61.42 ปี ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกระดับประถมศึกษา จำนวน 4 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 3 ราย ประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 4 ราย และปริญญาตรี จำนวน 1 ราย ระยะเวลาที่ทำการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป จำนวน 4 ราย และน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 8 ราย ร้อยละ 50 ของผู้ให้ข้อมูลมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2-7 ครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลมีตั้งแต่ 2-36 วัน และมีประสบการณ์ในการรักษาในช่วงระยะวิกฤติที่ต่างกัน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ (Intra-

aortic balloon pump, IABP) ได้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง กดนวดหัวใจ/ช็อคไฟฟ้าหัวใจ และใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่มีความต้องการการดูแล 4 ลักษณะ คือ 1) ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล 2) ต้องการการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน 3) ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย และ 4) ต้องการทราบการพยากรณ์ของโรคจากแพทย์ที่ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ก่อนมีสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโคโรน่า 2019 การเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกมีความล่าช้าอยู่แล้ว แต่เมื่อเกิดการระบาดทำให้เกิดความไม่สะดวกในการเดินทาง และการเข้ารับการรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ต้องใช้เวลานานขึ้นในการพบแพทย์ที่คลินิกผู้ป่วยนอก ดังคำกล่าว

“ผมคิดว่าการไปโรงพยาบาลมันรอนานแล้วค่อนข้างช้า เหมือนผมอยู่ไกลต้องเดินทางด้วยรถโดยสาร ถ้าช้าผมก็จะไม่มีรถกลับ ผมอยากให้ไปโรงพยาบาลแล้วมันเร็วขึ้น ไม่ต้องไปรอนานจะดีมากครับ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ช่วงนั้นน่ะสิคือผมไม่ได้ไปโรงพยาบาลเลย เพราะว่าพอไปเส้นทางอะไรก็ปิดไปหมด ทำให้ผมรู้สึกว่าผมไม่อยากไปโรงพยาบาล ยุ่งยากกว่าช่วงปกติมาก แล้วตอนนั้นผมไม่รู้ด้วยว่าสามารถแจ้งเบิกยาทางโทรศัพท์ได้ แล้วให้ส่งไปที่บ้าน ถ้ารู้ก็จะทำแบบนั้น…ขั้นตอนมันเยอะมากกว่าจะได้เจอหมอ อีกอย่างหมอนัดวันจันทร์ทั้งหมดเลย ทำให้คนไข้มากองอยู่ที่โอพีดีเยอะมาก ผมว่าถ้าปรับปรุงให้เร็วกว่าเดิมหรือคนน้อยกว่าเดิมในการมาติดตามอาการก็น่าจะดีขึ้น”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

2. ต้องการการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอพพลิเคชัน

หลังผู้ป่วยกลับบ้านหอผู้ป่วยมีการติดตามอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทางโทรศัพท์เพื่อติดตามอาการ การปรับพฤติกรรม การให้ข้อมูลและเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีอาการผิดปกติ ผ่านการโทรสอบถาม และติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าเป็นสิ่งที่ดี และช่วยให้ตนเองสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังคำกล่าว

“การติดตามอาการช่วยได้ครับ บางครั้งผมก็ลืม คุณหมอเค้าก็ช่วยเตือนเรื่องของการกินแล้วก็ช่วยเรื่องเหนื่อย ถ้ามีอาการก็บอกว่าต้องทำยังไงบ้าง ดีครับ ดีมาก”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“การติดตามอาการทางโทรศัพท์ดีครับ ดี ถ้าทำได้ตลอดจะดีมากครับ เพราะลุงจะได้รู้ว่าตอนนี้ลุงเป็นยังไงบ้างแล้ว ต้องปรับเปลี่ยนอะไรตรงไหนเพื่อไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นมาอีก ถ้าตามต่อเนื่องน่าจะเป็นประโยชน์มาก ถ้าติดตามต่อเนื่องจะทำให้คนอื่นสามารถปรับพฤติกรรมได้แน่นอน และบางทีนานๆไปหนึ่งเดือน สองเดือน สามเดือน คนป่วยที่คุณหมอได้

ตักเตือนไว้ ก็จะลืม ถ้ามีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคอยมาคุย มากระตุ้นตลอดก็จะช่วยฟื้นความจำของลุงด้วย ว่าคุณหมอ คุณพยาบาล เคยบอกเคยเตือนอะไรไว้ เผื่อลุงลืมอะไรไปจะได้กลับมาปฏิบัติตามเหมือนเดิม”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

3. ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการกำเริบซ้ำ ๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้านยังคงมีอาการของโรค เช่น เหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมหรือออกแรง รวมทั้งบางรายยังเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบางอย่างลดลง จึงมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อให้อยู่ได้ตามการดำเนินของโรคที่เป็นไป ดังคำกล่าว

“แม่กับแฟนก็คอยช่วยดูแลเรื่องอาหารตลอดเวลา ช่วยทำกับข้าวให้กิน คอยดูแลว่าอะไรกินได้ อะไรกินไม่ได้ แต่พอจะแอบกิน แม่กับสามีก็คอยห้ามไม่ให้กิน เราก็เชื่อและปรับตัวเอง เพราะทุกอย่างที่ทำก็เพื่อตัวเราเองทั้งนั้นเลย เพราะถ้าเราไม่ทำตามเราก็เหนื่อยแล้วก็นอนไม่หลับเลย…คุณแม่กับสามีคอยดูตลอด ถ้าเราจะกินนะ ก็จะโดนตีมือเลยค่ะ เขาก็บอกว่าอันนี้ห้ามกินนะ เพราะว่ามันไม่ดีกับหัวใจ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“เรื่องน้ำตอนนี้กินอยู่ไม่เกินลิตรครึ่งต่อวัน ส่วนเรื่องอาหารก็กินไม่หวาน เลยพยายามดูแลอย่างดี พี่ๆ เค้ามาช่วยดูแล เค้าวน ๆ กันมาจากต่างจังหวัดเพื่อที่จะมาดูแลเรื่องอาหารให้ ตอนนี้ก็เลยอยู่ดีกินดีและควบคุมอาหารได้ดีด้วย พวกเขาวนมาเดือนละครั้ง”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11

4. ต้องการทราบการพยากรณ์ของโรคจากแพทย์ที่ดูแล

การให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์มักเป็นการให้ข้อมูลแบบสั้น ๆ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการของโรค ผู้ป่วยรับทราบว่าการทำงานของหัวใจของตนนั้นลดน้อยลงเรื่อย ๆ ไม่เหมือนเดิม ทั้งนี้การรับรู้ความเสื่อมถอยของการทำงานของหัวใจนั้นเกิดจากการสังเกตตนเองจากอาการหรือการที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง แต่ไม่ทราบว่าการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอยู่นั้น อยู่ในระยะใด และจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานแค่ไหน หากได้ทราบว่าโรคหัวใจของตนอยู่ในระยะไหน ผู้ป่วยจะสามารถวางแผนการดูแลการรักษาในระยะท้าย และวางแผนจัดการกับชีวิตที่เหลืออยู่ ดังคำกล่าว

“ถ้าเข้าสู่ระยะท้ายก็อยากให้บอกนะ ผมรู้สึกว่ามันจะไม่กังวลว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตัวเองต่อไป คือได้รู้ไปเลยว่าต่อไปต้องทำอะไรต่อไป ผมก็แค่อยากอยู่กับครอบครัวนะ ส่วนเรื่องอื่นก็ไม่ได้มีอะไรต้องห่วงมรดกอะไรก็จัดการแบ่งสันปันส่วนให้กับลูกๆไปหมดแล้ว ลุงมีลูกแค่ 2 คน แบ่งง่ายๆ ไม่คิดมาก ผมไม่กลัวหรอกว่าจะตาย ผมรู้สึกว่าชีวิตมาแค่ไหนก็ไปเท่านั้นแหละ ถ้าถึงเวลาจะไปก็ต้องไป ผมกลัวเจ็บมากกว่า นี่แหละถึงได้บอกคุณหมอว่า จะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ปั๊มหัวใจ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“เขาก็ไม่ได้คุยอาการอะไรนะ แต่ผมสังเกตของผมเองว่าผมอาการแย่ลงเพราะว่ามีอาการเหนื่อยขึ้น ผมก็พยายามดูแลตัวเองไม่ให้มีอาการเหนื่อย จะได้ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาล แต่ผมว่าถ้าผมรักษาไม่ได้แล้ว ผมก็อยากให้หมอบอกผมนะ ผมจะได้วางแผนต่อ ผมคิดว่าถ้าผมรู้ว่าผมมีเวลาเหลือเท่าไหร่ผมก็จะ

ได้เตรียมตัว ก็เตรียมพวกเอกสาร เรื่องร้าน เรื่องของการบริจาคร่างกาย ซึ่งผมทำไว้กับโรงพยาบาลมอ.ตั้งนานแล้ว ถ้าต้องตายไปก็จะบริจาคร่างกายให้โรงพยาบาลไปเลย ญาติจะได้ไม่ต้องเสียเวลามานั่งจัดการ ผมทำเรื่องบริจาคร่างกายไว้ตั้งแต่ตอนพ่อผมเสีย ตอนนั้นการมานั่งจัดงานมันวุ่นวาย ยุ่งยาก หลายคนก็หลายเรื่อง ต้องมานั่งคุยกัน บางคนก็ทะเลาะกัน ผมเลยคิดว่าถ้าวุ่นวายนักก็มอบร่างกายให้โรงพยาบาลไปเลย อีกอย่าง ผมคิดว่าตัวผมคนเดียว ผมสามารถจัดการตัวเองได้ ไม่อยากให้ใครต้องมาวุ่นวายกับผม”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการการดูแล 4 ลักษณะ คือ ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล ต้องการการติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย และต้องการทราบการพยากรณ์ของโรคจากแพทย์ที่ดูแล โดยสามารถอภิปรายในแต่ละลักษณะดังนี้

1. ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าให้ความเห็นว่า การมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลยังคงมีความล่าช้า และมีขั้นตอนมากจนเกินไป ทำให้การมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งต้องใช้เวลานาน บางรายจึงรู้สึกว่าไม่อยากมาโรงพยาบาลเพราะต้องใช้เวลาทั้งวัน บางรายเดินทางมาจากต่างจังหวัด ต้องใช้เวลาในการเดินทาง ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย และเหนื่อยขึ้นเมื่อต้องมาอยู่ในบรรยากาศที่มีคนเยอะ จึงคิดว่าหากการพบแพทย์ใช้เวลาไม่นานจนเกินไป และสามารถพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว น่าจะทำให้อยากมาโรงพยาบาลมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มี 3 กิจกรรมที่ทำให้เกิดการรอคอย คือ ผู้ป่วยรอจัดทำประวัติเวชระเบียน รอพบแพทย์ และรอรับยากลับบ้าน ซึ่งทั้ง 3 กิจกรรมมีระยะเวลาการรอคอย 146 นาที[10] และการศึกษาการปรับลดระยะเวลาการให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก พบว่าการให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกใช้ระยะเวลาในการรอคอยเฉลี่ยต่อใบสั่งยา 31.31 นาที[11] จากทั้งสองการศึกษาจะเห็นได้ว่าการมาพบแพทย์โดยเฉพาะคลินิกผู้ป่วยนอกยังคงใช้ระยะเวลานาน และมีขั้นตอนหลายขั้นตอน ทำให้เกิดระยะการรอคอยที่นาน ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความไม่พึงพอใจ ดังนั้นการหาวิธีเพื่อลดระยะการรอคอยจะสามารถเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

2. ต้องการการติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าได้รับการติดตามอาการจากพยาบาลที่คอยติดตามอาการอยู่แล้วในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มองว่าเป็นการจัดการที่ดี ทำให้รู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และรู้สึกชอบการติดตามแบบนี้ เนื่องจากการติดตามอาการโดยมากจะเป็นการพูดคุย แนะนำ ให้คำปรึกษา และประสานงานกับแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นนี้ ทำให้รู้สึกอุ่นใจว่ามีคนที่จะให้การช่วยเหลือได้เมื่อตนเองเกิดคำถามในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการติดตามสุขภาพทางไกลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่บ้าน โดยวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลและการติดตามอาการ 6 สัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมผู้ป่วยมี

ความพึงพอใจในการติดตามระบบนี้ และยังลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อีกด้วย[12] และความต้องการของญาติในการดูแลโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลต้องการการสื่อสารและช่องทางการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา และตอบคำถามให้ผู้ป่วยได้ โดยการสื่อสารด้วยวิธีโทรศัพท์เป็นวิธีที่ดี เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็ว และค่าใช้จ่ายในการสื่อสารน้อย[13] และพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจของผู้ใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด[14]

3. ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ายอมรับความเจ็บป่วยของตนเองได้ สอดคล้องกับระยะการเผชิญปัญหาระยะยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยจะถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน[15] แต่ด้วยอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านโครงสร้างของหัวใจที่ไม่สามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้แล้ว ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีอาการของโรคที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยพบว่าอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นบ่อยและรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อยและลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อิ่ม ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย[16] และส่วนมากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ จึงมีความต้องการให้ครอบครัวช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่างที่ตนเองไม่สามารถทำได้ และในระยะวิถีใหม่ผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด แต่รู้สึกว่าความมีคุณค่าของตนเองลดลง เนื่องจากต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น แต่แรงสนับสนุนจากครอบครัวทำให้มีกำลังใจในการดูแลตนเอง[17]

4. ต้องการทราบการพยากรณ์ของโรคจากแพทย์ที่ดูแล

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าเป็นบุคคลที่มีความต้องการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลการพยากรณ์ของโรค เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามีอาการของโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้การพยากรณ์ของโรคทำได้ยาก ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ อาจเสียชีวิตอย่างกะทันหัน[18] ดังนั้นการรับรู้ข้อมูลการพยากรณ์ของโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนชีวิตของตนเอง เนื่องจากเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานานพอสมควรและเริ่มยอมรับอาการของโรคได้ การศึกษาที่ผ่านมามักเป็นการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งพบว่าเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การเตรียมความพร้อมก่อน ทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ องค์กรและระบบ เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่การวางแผนการรักษา และสุดท้ายเพื่อนำผู้ป่วยไปสู่การเสียชีวิตอย่างสงบ [19] ซึ่งต่างกันในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ยังรู้สึกมีความหวังในการรักษา และยังรู้สึกว่าอยากใช้ชีวิตต่อ การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศจีนพบว่า แพทย์บางส่วนไม่เห็นความสำคัญของการปรึกษาผู้ป่วยก่อนการวินิจฉัยและการรักษา ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากความเชื่อของแพทย์มากกว่าครึ่งที่ว่าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการรักษาไม่จำเป็นต้องนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้นเสมอไป[20]

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามีประสบการณ์การเจ็บป่วยและรับรู้ความต้องการของตนเอง โดยต้องการรับมือกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่มากขึ้น และรับมือกับการสิ้นสุดของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศเยอรมนี ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวนมากขาดความรู้เพียงพอเกี่ยวกับอาการและการพยากรณ์โรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับสถานการณ์ฉุกเฉินและปัญหาการสิ้นสุดของชีวิต และหลายคนแสดงความปรารถนาที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผยจากมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการปรับปรุงปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพเพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค[20]

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากในช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษานั้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ทำให้กลุ่มที่ถูกเลือกเข้ามาทำการศึกษาจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งความแตกต่างของเพศอาจมีความต้องการที่แตกต่างกันออกไป หากผู้ให้ข้อมูลมีความใกล้เคียงกัน อาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างออกไปจากนี้

สรุป

ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล 2) ต้องการการติดตามต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน 3) ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย 4) ต้องการทราบการพยากรณ์ของโรคจากแพทย์ที่ดูแล จากการศึกษาพบว่าความต้องการของผู้ป่วยนั้นไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนัก ระหว่างช่วงก่อนการระบาดและหลังระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 แต่พบว่าหลังมีการแพร่ระบาดของเชื้อการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลอาจมีความซับซ้อน เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการ ซึ่งอาจจะต้องมีการปรับปรุงและประชามสัมพันธ์ให้ทั่วถึงมากขึ้น สำหรับระบบการติดตามผู้ป่วยนั้นหากมีการติดตามที่เป็นแบบแผนและต่อเนื่อง จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่จะมีอาการของโรค และต้องอาศัยการควบคุมพฤติกรรมการใช้ชีวิต เพื่อที่จะช่วยคุมอาการของโรคให้ได้ การติดตามต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมเหล่านี้ได้ดีมากขึ้น รวมถึงการให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สุดท้ายการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยากรณ์ของโรคจะทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและวางแผนการใช้ชีวิตของตนในระยะท้ายได้ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลแบบประคับประคองหรือการรักษาเพื่อยื้อชีวิตในระยะวิกฤต

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าโดยตรง ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้เจอมาด้วยตนเอง และสิ่งที่ตนเองต้องการได้รับการดูแล ดังนั้นผลวิจัยจะสามารถช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เข้าใจผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามากขึ้น และให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งจาก

ผลการวิจัยที่ได้ควรมีการปรับการดูแลให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้

1. ควรมีการจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะได้มากขึ้น และลดเวลาในการรอคอยเพื่อพบแพทย์ให้น้อยลง และสนับสนุนการติดตามอาการทางโทรศัพท์ให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงและเป็นระบบ และอาจจะดึงญาติเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตร่วมกับอาการที่จะเกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2. การตัดสินใจ หรือการวางแผนล่วงหน้าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการแย่ลงได้ทุกเมื่อ การบอกผู้ป่วยถึงการดำเนินของโรคจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนล่วงหน้าได้ตามความต้องการของตนเอง

ข้อเสนอแนะและการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หรือพัฒนาคลินิกหัวใจล้มเหลว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าโดยเฉพาะ และประเมินผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงและเป็นระบบ

References

1. Writing Group Members, Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. American Heart Association statistics committee; stroke statistics subcommittee. Executive Summary: heart disease and stroke statistics--2016 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2016 Jan 26;133(4):447-54. doi: 10.1161/CIR.0000000000000366. PMID: 26811276.
2. Krittayaphong R, Laothavorn P, Hengrussamee K, Sanguanwong S, Kunjara-Na-Ayudhya R, Rattanasumawong K, Komoltri C, Sritara P; Thai ADHERE Registry Group. Ten-year survival and factors associated with increased mortality in patients admitted for acute decompensated heart failure in Thailand. Singapore Med J. 2020 Jun;61(6):320-6. doi: 10.11622/smedj.2019108. PMID: 31489430; PMCID: PMC7905128.
3. Gonzalez-Jaramillo V, Maessen M, Luethi N, Guyer J, Hunziker L, Eychmüller S, Zambrano SC. Unmet needs in patients with heart failure: the importance of palliative care in a heart failure clinic. Front Cardiovasc Med. 2022 May 30;9:866794. doi: 10.3389/fcvm.2022.866794. PMID: 35711364; PMCID: PMC9195498.
4. UNICEF Thailand. UNICEF Thailand Annual Report 2020. Bangkok; 2020.
5. Barclay S, Momen N, Case-Upton S, Kuhn I, Smith E. End-of-life care conversations with heart failure patients: a systematic literature review and narrative synthesis. Br J Gen Pract. 2011 Jan;61(582):e49-62. doi: 10.3399/bjgp11X549018. PMID: 21401993; PMCID: PMC3020072.
6. Kimani KN, Murray SA, Grant L. Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya: a serial interview study. BMC Palliat Care. 2018 Feb 17;17(1):28. doi: 10.1186/s12904-018-0284-6. PMID: 29454383; PMCID: PMC5816535.
7. Ryandini FR. Family support and coping mechanism in congestive heart failure patient. Health Sci J. 2020;14(6):765. doi: 10.36648/1791-809X.14.6.765.

8. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, Mark K, editors. Existential phenomenological alternatives for psychology. New York: Oxford University Press; 1978. p. 48-71.
9. Koch T. Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: philosophy, rigour and representation. J Adv Nurs. 1996 Jul;24(1):174-84. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.17224.x. PMID: 8807394.
10. Tingsan P, Naipinit A. Establishing guidelines for reducing the waiting time for general disease testing service of Prachaksinlapakhom Hospital, Udon Thani Province. NEU Acad Res J. 2020;10(1):59-72. (in Thai).
11. Chinvarakorn C. Reduction of drug dispensing time for outpatients at Somdetphraphutthalertla Hospital. J Health Sci. 2016;25(4):664-72. (in Thai).
12. Somsiri V, Asdornwised U, O'Connor M, Suwanugsorn S, Chansatitporn N. Effects of a transitional telehealth program on functional status, rehospitalization, and satisfaction with care in Thai patients with heart failure. Home Health Care Manag Pract. 2021;33(2):72-80.
13. Puangkam A, Suwansri D, Yamsri T, Saengrueang-eak M, Towannang R-a. The impact of patients and caregivers: Relevant factors and needs of relatives who care for chronic end-stage illnesses at home. Med J Sisaket Surin Buriram Hosp. 2020 Aug 20 [cited 2023 Dec 28];35(2):303-16. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/240063 (in Thai).
14. Sangvichitpracha B, Volrathongchai K. Development of a mobile application to aid self-management for post-valvular surgery patients: Pilot study. RDHSJ. 2020 Apr 30 [cited 2024 Dec 28];13(1):562-7. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/255014 (in Thai).
15. Kübler-Ross E. On death and dying. New York: Collier Books/Macmillan Publishing Co; 1970.
16. Suwanrasamee W, Pinyopasakul W, Charoenkarnkit W, Tumwiphat C. Symptoms experience, symptoms management, functional status in patients with heart failure. Thai J Cardio-Thorac Nurs. 2014 Apr 23 [cited 2023 Dec 28];24(1):1-16. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/17947 (in Thai).
17. Rerkluenrit J, Panpakdee O, Malathum P, Sandelowski M, Tanomsup S. Self-care among Thai people with heart failure. PRIJNR. 2013 Feb 6 [cited 2023 Dec 28];13(1):43-54. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/6380.
18. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Santa Monica, CA: Rand Corp; 2003.
19. Rotpenpian P. Advance care planning in palliative patients. SRIMEDJ. 2021 Dec 29 [cited 2023 Oct 28];36(6):755-60. Available from: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/253397 (in Thai).
20. Liang Z, Xu M, Liu G, Zhou Y, Howard P. Patient-centred care and patient autonomy: doctors' views in Chinese hospitals. BMC Med Ethics. 2022 Apr 8;23(1):38. doi: 10.1186/s12910-022-00777-w. PMID: 35395761; PMCID: PMC8994393.

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*

ปริญญา ยอดอาษา*
ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และแบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและภาวะน้ำเกิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะน้ำเกิน, หัวใจล้มเหลว, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกัน

---

*วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ ประเทศไทย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
**สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
***คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Corresponding author; E-mail: pachanut.t@chula.ac.th

Received: December 28, 2023 / Revised: April 09, 2024 / Accepted: December 09, 2024

The effect of health literacy development program on fluid retention prevention behavior in persons with heart failure*

Parinya Yod-a-sa**
Pachanut Nunthaitaweekul***

Abstract

This pre-post quasi-experimental research aimed to study the effect of health literacy development programs on fluid retention prevention behavior in persons with heart failure. The participants were persons with heart failure, both males and females, aged 18 years and over. They were assigned using a purposive sampling technique and equally divided into control and experimental groups (30 for each group) using a matched pair technique based on age, sex, and education level. The control group received conventional nursing care, while the experimental group participated in the health literacy development program and routine nursing care. The research instruments included behavior questionnaires to prevent fluid retention and assess health literacy regarding heart failure and fluid retention. Dependent t-test and independent t-test statistics were used to analyze the data.

The results revealed that the behavior score of preventing fluid retention in persons with heart failure in the experimental group after participating in the health literacy development program was significantly higher than that before participating in the program ($p < .05$). In addition, the behavior score of preventing fluid retention in persons with heart failure in the experimental group after participating the health literacy development program was significantly higher than that of the control group ($p < .05$).

This study suggests nurses can use the health literacy development program to improve fluid retention behavior in persons with heart failure.

Keywords: fluid retention, heart failure, health literacy, prevention behavior

---

*Thesis of Master of Nursing Science Degree (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Pathum Wan, Bangkok, 10330, Thailand

**Department of Adult and Gerontological Nursing, Boromarajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

***Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Pathum Wan, Bangkok, 10330, Thailand

Corresponding author; E-mail: pachanut.t@chula.ac.th

Received: December 28, 2023 / Revised: April 09, 2024 / Accepted: December 09, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบไปทั่วโลก[1] โดยกลุ่มอาการจากภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงจากการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในแง่ของอัตราการเสียชีวิต ทุพลภาพ ภาระการดูแล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น[2] จากสถิติพบว่ามีผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวนประมาณ 64.3 ล้านคน โดยความชุกของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ยร้อยละ 1-2 ของประชากรทั้งหมด[3] ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละปีทั่วโลกถึง 108 พันล้านเหรียญสหรัฐ[4] การเสียชีวิตจากภาวะนี้ในประเทศไทยไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด จากการศึกษา THAI-ADHERE Registry ระบุว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในอยู่ที่ 5.5% โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีมัธยฐานอยู่ที่ 7.5 วัน โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ 10% ต่อปี และ 50% ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับวินิจฉัย หลังจากได้รับการวินิจฉัย มักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ[1] โดยส่วนใหญ่จะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังการจำหน่าย [5,6]

จากสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี ปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 900, 1,004 และ 1,212 ราย ตามลำดับ และยังพบว่าการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลสระบุรีมีแนวโน้มไม่ลดลง ในปี พ.ศ. 2559-2563 จำนวน 87, 101, 154, 103, 128 รายตามลำดับ[7] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มสูงขึ้นและยังพบอีกว่าส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินจนส่งผลให้เกิดปัญหาน้ำท่วมปอด ซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ หากมีการจัดการและควบคุมภาวะน้ำเกินอย่างมีประสิทธิภาพก็จะสามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลทำให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง และในท้ายที่สุดทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น[7]

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะน้ำเกินและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคไตวาย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น และพฤติกรรม เช่น การขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารโซเดียมสูง การไม่จำกัดปริมาณน้ำดื่ม การขาดการติดตามอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละวันด้วยตนเอง ขาดการติดตามอาการด้วยตนเอง การรับประทานยาขับปัสสาวะไม่สม่ำเสมอหรือไม่ได้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ขาดความรู้ในการจัดการอาการน้ำเกินขั้นต้น การขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการไม่มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ เป็นต้น[8,9,10,11-16] ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ควรลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำเกินและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเหล่านี้ลง โดยการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพ (health behaviors) หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่บุคคลซึ่งคิดว่าตนมีสุขภาพดี จะกระทำเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดในอนาคต ส่วนพฤติกรรมป้องกัน (prevention behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น การเฝ้าระวัง การสังเกต การควบคุม

น้ำหนัก การรับประทานอาหาร การรับประทานยา เป็นต้น[17,18] ทั้งนี้ยังพบอีกว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการยอมรับมากขึ้นว่าเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น[8]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy; HL) คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเองอย่างยั่งยืน โดย Nutbeam[19] ได้ระบุถึงองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ/บริการสุขภาพ (Access skill) คือ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 2) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) คือ ความสามารถในการสื่อสารและโน้มน้าวบุคคลให้เข้าใจและยอมรับในการดูแลตนเอง 3) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) คือ ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล เปรียบเทียบ และประเมินข้อความของสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพตนเองและผู้อื่น 4) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) คือ ความสามารถในการมีความรู้ ความเข้าใจของข้อมูลที่ถูกต้อง 5) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision skill) คือ ความสามารถในการเลือกหลีกเลี่ยง และปฏิเสธ โดยใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และ 6) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) คือ ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงจะส่งผลทำให้มีการตัดสินใจในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพดีขึ้น[20] ให้มีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้[8] โปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะน้ำเกินและการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ให้ความรู้แบบการบรรยายและมีการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการเยี่ยมบ้านตามแผนการดำเนินงาน และต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลหลายครั้ง ทำให้เกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง[21,22] และการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์[23] ซึ่งจะเห็นได้ว่าโปรแกรมต่าง ๆ ที่ผ่านมาเน้นเพียงการให้ความรู้ การติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน สร้างแรงจูงใจ และสร้างทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้เกิดการกำเริบซ้ำจากภาวะน้ำเกิน อีกทั้งมีเพียงการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแต่ด้วยระยะเวลาที่จำกัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อมาตรวจตามนัด ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวบางรายรับรู้ข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจ และไม่กล้าซักถาม ยิ่งไปกว่านั้นจะพบอีกว่าในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังไม่มีการส่งเสริมทักษะเบื้องต้นที่ดีพอเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอย่างครอบคลุมตรงกับบริบทของตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้น โดยมีการพัฒนาทุกทักษะครอบคลุมทั้ง 6

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งคาดว่าหากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติตามโปรแกรมดังกล่าว ผลของโปรแกรมจะส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินมีประสิทธิภาพและถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam[19] เป็นกรอบพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยแนวคิดนี้กล่าวว่า ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเองอย่างยั่งยืน หากบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ดีจะต้องผ่านกระบวนการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพซึ่งได้แก่ การให้ความรู้ ข้อมูลข้าวสาร และการสื่อสาร จนส่งผลให้เกิดทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งยังต้องเน้นที่สมรรถนะและพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ/บริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และทักษะการจัดการตนเองที่จะช่วยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น จนเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ยั่งยืน

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการติดตามดูแลตนเองจากคู่มือและสื่อวิดีโอ มีการฝึกทักษะการสืบค้นและเลือกข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจ มีการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพตลอด โดยผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารทั้งในรูปแบบวิดีโอคอลและการส่งสติกเกอร์เตือน เพื่อเป็นการพัฒนาให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความรู้ แรงจูงใจ ความมั่นใจในการกระทำ และทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านที่กล่าวมา ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินมีประสิทธิภาพและถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในช่วงเดือนกรกฎาคม - เดือนตุลาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับ 1-3 ตาม New York Heart Association Functional Classification

2) เคยมีประวัติที่บ่งชี้ถึงภาวะน้ำเกิน

3) สามารถอ่าน ฟัง เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้

4) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานแอป-พลิเคชันไลน์

5) ยินดีให้ความร่วมมือวิจัย

6) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 ซึ่งมีคะแนนตามระดับการศึกษามากกว่าจุดตัด (cut-off point) ดังนี้ ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา และผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา จุดตัดคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14, 17 และ 22 ตามลำดับ[24]

7) ไม่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา

8) ไม่มีโรคร่วมรุนแรงหรือมีการกำเริบของโรคที่รุนแรงหรือป่วยเป็นระยะสุดท้ายของโรค เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งชนิดลุกลาม โรคไตวายระยะสุดท้าย เป็นต้น

9) ไม่ได้รับการทำหัตถการระหว่างเข้าร่วมวิจัย เช่น การสวนหัวใจ (PCI) การผ่าตัดลิ้นหัวใจ การใส่เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1) ขณะทำการวิจัยมีความผิดปกติที่ต้องรักษาเร่งด่วน ได้แก่ หน้ามืด เวียนศีรษะ หายใจเหนื่อยหอบ หรืออยู่ในภาวะวิกฤติจนต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน เป็นต้น

2) กลุ่มตัวอย่างขอยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนสิ้นสุดโปรแกรม และไม่สามารถติดต่อผ่านแอปพลิเค-ชันไลน์ได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.2[25] อำนาจทดสอบ .80 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $\propto$ = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างได้[26] ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 60 คน

ผู้วิจัยจึงแบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน ได้แก่ กลุ่มควบคุม คือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมระหว่างกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นการวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีจับคู่ (Matched pair) โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) เพศ 2) อายุ (ต่างกันไม่เกิน 5 ปี) 3) ระดับการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนโรคร่วม ระยะเวลาที่เริ่มมีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนครั้งที่ต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน[8] พัฒนาขึ้นโดยพิสมัย อันพันลำ, ภัทรพงษ์ มกรเวส และวาสนา รวยสูงเนิน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 คน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 2 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่า CVI เท่ากับ .95 เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .91 เครื่องมือ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติค่อนข้างสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ค่อยปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ คำถามที่มีความหมายเชิงลบจะกลับคะแนนก่อนนำไปคำนวณ โดยคะแนนเฉลี่ย 34-48 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 17-33 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 0-16 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในระดับน้อย

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี บรรเทาจากการเจ็บป่วย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินที่สำคัญและเหมาะสมของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการจัดกิจกรรมตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[19] ทั้ง 6 ทักษะ โดยให้ข้อมูลความรู้ผ่านสื่อวิดีโอทาง YouTube ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากเนื้อหาในคู่มือ "อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว" ความยาว 2 นาที 43 วินาที และแอปพลิเคชันไลน์เป็นรายบุคคล ดังนี้

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ/บริการสุขภาพ (Access skill) ใช้ระยะเวลา 5 นาที ส่งเสริมให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการมาตรวจตามนัดและการปฏิบัติตัวเมื่อมาไม่ตรงนัด พร้อมทั้งให้ข้อมูลหากมีความจำเป็นไม่มาตามนัด

2. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ใช้ระยะเวลา 5 นาที ส่งเสริมโดยการแนะนำเทคนิคการสื่อสารและสร้างความมั่นใจในการสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติตัวในการรักษาที่ถูกต้อง

3. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) ใช้ระยะเวลา 5 นาที ส่งเสริมโดยให้ฝึกหาข้อมูลทางอินเตอร์เน็ตเกี่ยวกับการป้องกันภาวะน้ำเกินและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

4. ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) ใช้ระยะเวลา 5-15 นาที ส่งเสริมโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยใช้คู่มือ "อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว" และวิดีโอการสอนผ่าน YouTube และมอบคู่มือสำหรับทบทวนความรู้ความเข้าใจ

5. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision skill) ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที ส่งเสริมโดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกทักษะการตัดสินใจเลือก หรือปฏิเสธโดยสามารถใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองจนก่อให้เกิดภาวะน้ำเกินหรือไม่ อย่างไร

6. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที ส่งเสริมโดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกทักษะการปฏิบัติตนตามแผน และบันทึกลงในสมุด “คู่มือจดบันทึกน้ำหนักและสังเกตอาการด้วยตนเอง” และมอบคู่มือสำหรับให้ติดตามตนเองที่บ้าน

การดำเนินโปรแกรมใช้เวลา 6 สัปดาห์ นัดพบ 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 5 และ 6 โดยสัปดาห์ที่ 1 พบที่แผนกผู้ป่วยนอก สัปดาห์ที่ 2, 5 และ 6 ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างอยู่บ้านมีการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้วิดีโอคอลติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที และในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 มีการส่งสติกเกอร์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยสติกเกอร์ถูกออกแบบเป็นรูปการ์ตูนที่มีแครักเตอร์ที่น่าสนใจ เข้าใจ และง่ายต่อการนำไปใช้ในการสื่อสารแสดงอารมณ์ความรู้สึกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยกระตุ้นเตือน 3 วันต่อสัปดาห์

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ผ่านการปรับปรุงไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการตรวจตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ หลังจากโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2566 และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมโดยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการวิจัย โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คนให้ครบก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เพื่อป้องกันการพบกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างแล้วแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน (Contamination)

1. กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1.1 พบครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกตามนัดครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แลกเปลี่ยนแอปพลิเคชันไลน์ และแนะนำวิธีการตอบแบบสอบถามออนไลน์ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน (pre-test) ผ่าน Google Form ทางแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มตัวอย่างดำเนินชีวิตตามปกติโดยได้รับคำแนะนำจากทีมบุคลากรด้านสุขภาพของแผนกผู้ป่วยนอก

1.2 พบครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 6) สื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มตัวอย่างโดยให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน (post-test) ผ่าน Google Form ทางแอปพลิเคชันไลน์ หลังสิ้นสุดการวิจัยในกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มควบคุมตามการนัดหมายของแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อจัดกระทำโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลอง มีการนัดพบ 4 ครั้ง ดังนี้

2.1 พบครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้ระยะเวลาประมาณ 40-50 นาที พบกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกตามนัดครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แลกเปลี่ยนแอปพลิเคชันไลน์ และแนะนำวิธีการตอบแบบสอบถามออนไลน์ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน (pre-test) ผ่าน Google Form ทางแอปพลิเคชันไลน์ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์และพยาบาลในแผนก หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยให้ข้อมูลความรู้และพัฒนาทั้ง 6 ทักษะ มอบคู่มือ “อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว” และวิดีโอการสอนผ่าน YouTube ให้กลุ่มตัวอย่างไว้อ่านทบทวนเพิ่มเติม รวมไปถึงคู่มือจดบันทึกน้ำหนักและสังเกตอาการด้วยตนเอง สำหรับให้ติดตามตนเองที่บ้าน

2.2 พบครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เป็นการให้การพยาบาลโดยวิดีโอคอลติดตามใช้ระยะเวลาครั้งละ 15-20 นาที เพื่อซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างถ่ายรูปคู่มือจดบันทึกน้ำหนักและสังเกตอาการด้วยตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมาส่งผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ให้คำแนะนำหากปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้องและให้คำชมเชยหากปฏิบัติตัวถูกต้อง ในช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยส่งสติกเกอร์กระตุ้นเตือน 3 วันต่อสัปดาห์ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันภาวะน้ำเกิน

2.3 พบครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 2

2.4 พบครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) สื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์โดยสอบถามปัญหาและอุปสรรค ให้กำลังใจและชมเชย เพื่อส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน (post-test) ผ่าน Google Form ทางแอปพลิเคชันไลน์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยฯนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี หนังสือรับรองเลขที่ EC028/2566 รหัสโครงการวิจัย SRBR66-018 ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2566 - 22 มิถุนายน พ.ศ. 2567 เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรีให้ดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการทำวิจัย การสอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมทั้งหมดได้ถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยใช้การลงรหัส (code) แทนการระบุตัวตน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 57.53 (SD = 8.51) และ 57.90 (SD = 8.25) ตามลำดับ ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 ครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระยะเวลาที่เริ่มเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 และภายใน 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะน้ำเกิน คิดเป็นร้อยละ 53.33

จาก Table 1 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนการทดลองเท่ากับ 29.17 (SD = 4.43) และหลังการทดลองเท่ากับ 28.93 (SD = 4.48) เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าไม่แตกต่างกัน (t = 1.366, df = 29, p = 0.091) ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน ก่อนการทดลองเท่ากับ 31.10 (SD = 8.07) และหลังการทดลองเท่ากับ 56.10 (SD = 2.67) เมื่อทดสอบด้วย Dependent t-test พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินก่อนและหลังการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 18.321, df = 29, p = <0.001) ดัง Table1

จาก Table 2 พบว่า ก่อนการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นหมายความว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Table 1 Comparison of the mean score of fluid retention prevention behavior with heart failure between experimental and control groups (n=60)

Fluid retention prevention behavior score	Mean	SD	df	t	p-value
Control Groups					
Pretest	29.17	4.43	29	1.366	0.091
Posttest	28.93	4.48			
Experimental Groups					
Pretest	31.10	8.07	29	18.321	<0.001*
Posttest	56.10	2.67			

* p < .05

Table 2 Comparison of the mean score of fluid retention prevention behavior with heart failure pretest and posttest between experimental and control groups (N=60)

Fluid retention prevention behavior score	Mean	SD	df	t	p-value
Pretest					
Experimental Groups	31.10	8.07	45	1.150	0.256
Control Groups	29.17	4.43			
Posttest					
Experimental Groups	56.10	2.67	47.29	28.535	<0.001*
Control Groups	28.93	4.48			

* p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสูงกว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ/บริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และทักษะการจัดการตนเอง โดยผสมผสานการถ่ายทอดด้วยสื่อวิดีโอที่ชัดเจนตรงกับปัญหาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินประกอบกับได้รับแรงจูงใจด้วยการติดตามด้วยวิธีการวิดีโอคอลเพื่อสอบถามและประเมินพฤติกรรมป้องกันซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกินสามารถปรับพฤติกรรมการป้องกันดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Limrermsakul[27] ที่กล่าวว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

จากงานวิจัยนี้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเกิดจากการได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะโดยมีการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความกล้าในการสอบถาม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง อีกทั้งยังได้รับการกระตุ้นเตือนด้วยสติกเกอร์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นระยะ ๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะดูแลตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahaviriyotai[23] พบว่าการให้ข้อมูลแรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้นได้ และยังสอดคล้องกับ Reid[28] ที่พบว่าการให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีทัศน์ โดยมีเนื้อหาความรู้เป็นวิดีโอความยาวประมาณ 2-4 นาที ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นจนสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะผู้ที่เคยมีประวัติน้ำเกินมาแล้ว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม ถูกต้อง จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีและยั่งยืนอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกที่ให้การสนับสนุนทำให้งานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่มีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Chunharat P, Sapchancharoen T, Kunchorn-Na-Ayutthaya P. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 Heart failure guideline. [Internet]. Bangkok: The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage; 2019. [cited 2024 Aug 7]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/2019%20HFCT%20Heart%20Failure%20Guideline%20Thai%20Version.pdf. (in Thai).
2. Jacobson AF, Sumodi V, Albert NM, Butler RS, DeJohn L, Walker D, et al. Patient activation, knowledge, and health literacy association with self-management behaviors in persons with heart failure. Heart Lung. 2018 Sep-Oct;47(5):447–51. doi:10.1016/j.hrtlng.2018.05.021.
3. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. Eur J Heart Fail. 2020 Aug;22(8):1342–56. doi:10.1002/ejhf.1858.
4. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure: A systematic review. Patient Educ Couns. 2018 Mar;101(3):363–74. doi:10.1016/j.pec.2017.10.002.
5. Cox SR, Liebl MG, McComb MN, Chau JQ, Wilson AA, Achi M, et al. Association between health literacy and 30-day healthcare use after hospital discharge in the heart failure population. Res Social Adm Pharm. 2017 Jul-Aug;13(4):754–8. doi:10.1016/j.sapharm.2016.09.003.
6. Tung YC, Chou SH, Liu KL, Hsieh IC, Wu LS, Lin CP, et al. Worse prognosis in heart failure patients with 30-day readmission. Acta Cardiol Sin. 2016 Nov;32(6):698–707. doi:10.6515/acs20151113a. PMID:27899857; PMCID:PMC5126448.
7. Atthachaiwat A, Suwankesawong S, Leelawong S, Srisuthisak S, Boonkaew H. Effectiveness of health promotion program in heart failure patients. J Nurs Div. 2020;47(3):185–202. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/249946/169069. (in Thai).
8. Anpanlam P, Makarawate P, Ruaisungnoen W. Predictors of fluid retention prevention behavior among patients with heart failure. Nurs Sci J Thailand. 2021;39(3):47–59. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/243105/170902. (in Thai).
9. Biddle MJ, Moser DK, Pelter MM, Robinson S, Dracup K. Predictors of adherence to self-care in rural patients with heart failure. J Rural Health. 2020 Jan;36(1):120–9. doi:10.1111/jrh.12405.
10. Fabbri M, Yost K, Finney Rutten LJ, Manemann SM, Boyd CM, Jensen D, et al. Health literacy and outcomes in patients with heart failure: A prospective community study. Mayo Clin Proc. 2018 Jan;93(1):9–15. doi:10.1016/j.mayocp.2017.09.018.
11. Lertpongpakpoom S, Phonphet C, Suwanno J. Predictors of readmission after one-year hospital discharge with acute decompensated heart failure. Thai J Cardio-Thorac Nurs. 2019;30(2):126–40. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/240345/163837. (in Thai).

12. Pimpasan P, Wirojratana V, Jitramontree N. Factors related to self-care behaviours in older adult with heart failure. Thai J Nurs Counc. 2018;33(1):103–15. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/118865/96421. (in Thai).
13. Prochota B, Szwamel K, Uchmanowicz I. Socio-clinical variables affecting the level of self-care in elderly patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2019 Jun;18(7):628–36. doi:10.1177/1474515119855600.
14. Promwong W, Meenongwah J. Fluid self-management in heart failure patients. Vajira Med J Urban Med. 2019;63(4):297–304. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/212550/166335. (in Thai).
15. Teeoutid W, Kunsongkeit W, Dungpaeng S. Factor influencing self-management behaviors of sodium restriction among congestive heart failure patients. J Boromarajonani Coll Nurs Bangkok. 2019;35(1):120–9. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/189181. (in Thai).
16. 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 Mar;32(2):180–9. doi:10.1097/JCN.0000000000000325.
17. Jirojanakul P, editor. Concepts, theories on health promotion and their application. Vol.1. Bangkok: Praboromarajchanok Institute; 2013. (in Thai).
18. Son YJ, Shim DK, Seo EK, Seo EJ. Health literacy but not frailty predict self-care behaviors in patients with heart failure. Int J Environ Res Public Health. 2018 Nov;15(11):2474-84. doi:10.3390/ijerph15112474.
19. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008 Dec;67(12):2072-8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
20. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. Eur J Prev Cardiol. 2017 Nov;24(17):1880-8. doi:10.1177/2047487317729538.
21. Chimkaew J, Juntarawijit Y, Tansuphaswasdikhul S. Effects of supportive educative nursing system on self-care behaviors among patients with heart failure who readmit in hospital. J Nurs Health Sci. 2018;12(Special Issue):86-96. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/148866/112344. (in Thai).
22. Terdsudthironapoom P. The effects of self-care promoting program on self-care behaviors and quality of life among patients with heart failure in Prachuapkhirikhan hospital. Thai J Cardio-Thorac Nurs. 2015;26(1):2-14. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/42512/35142. (in Thai).
23. Mahaviriyotai K, Wattanakitkrileart D, Poungkaew A. The effect of information provision, motivation, and self-monitoring skill program through LINE application on self-care behaviors in patients with heart failure.

Nurs Sci J Thailand. 2021;39(1):47-63. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/244777/169176. (in Thai).

24. Committee for the Development of Screening and Health Assessment Tools for the Elderly. Elderly health screening and assessment manual 2021. [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2024 Aug 7]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2....%202564.pdf. (in Thai).
25. Ya-in B. The effects of health literacy enhancement program on self-care behaviors of patients with uncontrolled diabetes type II, Chumsaeng hospital in Nakhonsawan province. Sawanpracharak Med J. 2021;18(1):35-48. Available from: https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/9882/8791. (in Thai).
26. Grove SK, Burns N, Gray JR, editors. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
27. Limrermsakul S, Saneha C, Wattanakitkrileart D, Buranasupkajorn P. Effects of a health literacy development program on self-care behaviors in the elderly with type 2 diabetes mellitus. Nurs Sci J Thailand. 2022;40(1):84-98. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/248877/173623. (in Thai).
28. Reid KRY, Reid K, Esquivel JH, Thomas SC, Rovnyak V, Hinton I, et al. Using video education to improve outcomes in heart failure. Heart Lung. 2019;48(5):386-94. doi:10.1016/j.hrtlng.2019.05.004.

ประสบการณ์การมีอาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยโควิด 19

ยมนา ชนะนิล*,อรทัย บุญชูวงศ์**,
ฉันทวรรณ วิชัยพล**, ศิริพร เรืองประดับ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการมีอาการและการรับรู้ความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการแต่ละระยะของการเจ็บป่วย และกลวิธีในการจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือบุคคลที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 ได้รับการรักษาหายแล้วไม่เกิน 3 เดือน อาศัยอยู่ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า อาการที่รับรู้ถึงความผิดปกติครั้งแรกจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในสัปดาห์แรก แล้วลดลงในสัปดาห์ที่สอง และค่อยๆดีขึ้นตามลำดับ ดังนี้ สัปดาห์แรก พบอาการไอมากที่สุด มีความถี่สูงสุด ความรุนแรงระดับปานกลาง (M = 6.40, SD = 3.21) เป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด (M = 3.72, SD = 1.51) สัปดาห์ที่สอง พบอาการไอมากที่สุด ขณะที่อาการสูญเสียการดมกลิ่นมีความถี่สูงสุด ความรุนแรงระดับปานกลาง (M = 5.69 SD = 2.89) และรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด (M=3.12 SD=1.73) 14 วันหลังการรักษาหาย พบทั้งอาการไอและอ่อนเพลียมากที่สุด โดยอาการไอมีความถี่สูงสุด ความรุนแรงระดับเล็กน้อย (M= 3.69, SD = 2.59) และอาการรู้สึกหายใจไม่อิ่มรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด (M = 2.67, SD = 1.63) ส่วนกลวิธีการจัดการอาการ 3 รูปแบบ คือ การเฝ้าสังเกตอาการให้อาการดีขึ้นเอง จัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ซึ่งผลลัพธ์การจัดการอาการ พบว่า อาการดีขึ้นเป็นส่วนใหญ่ มีหลงเหลือความผิดปกติบางอาการโดยเฉพาะอาการเหนื่อยง่ายมากขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผลจากงานวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำไปใช้วางแผนการพยาบาลเพื่อการดูแลบรรเทาอาการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย และส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองและการจัดการอาการที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: โควิด-19, ประสบการณ์อาการ, การจัดการอาการ

---

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ อุบลราชธานี 34190
Corresponding author; E-mail: yommana.c@ubu.ac.th
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ อุบลราชธานี 34190
***โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมือง อำเภอสำโรง อุบลราชธานี 34130

Received: October 09, 2023 / Revised: October, 2024 / Accepted: December 19, 2024

Symptom experiences and symptom management in patients with COVID 19

Yommana Chananin*, Orathai Boonchuwong**,
Chanthawan vichaipon**, Siriporn Ruangpradap***

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed 1) to survey the symptom perception: frequency, severity, suffering, or daily life disturbance of symptoms of each stage of illness and 2) to survey the COVID-19 patients' strategies to cope with the symptoms and the result of the strategies. The representative sample was 30 post-COVID-19 patients who got treatment, recovered from COVID-19 not more than 3 months ago, and lived in a district of Ubon Ratchathani from October 2022 to March 2023. The number of the sample was proportional to the population. The representative sample was questioned through phone calls using a structured interview. The data was analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The result of the research revealed that the first symptom perception of abnormalities would mostly worsen in the first week. The severity would decrease in the second week and gradually recover in the consecutive weeks as follows: Coughing was the most common in the first week, with the highest frequency (M = 3.60, SD = 1.50). The severity of symptoms was moderate (M = 6.40, SD = 3.21). And the daily life disturbance was highest (M = 3.72, SD = 1.51). Coughing was the most common in the second week, while the frequency of the olfactory loss was the highest. The severity of symptoms was moderate (M = 5.69 SD = 2.89). In addition, the daily life disturbance was the highest (M=3.12 SD=1.73). In 14 days after the treatment, coughing, and fatigue were the most common, and the frequency of coughing was the highest. However, the severity was low (M= 3.69, SD = 2.59). It was found that dyspnea disturbed daily life the most (M = 2.67, SD = 1.63). Three strategies to cope with the symptoms were: Self-monitoring and letting the symptoms naturally disappear, Self-care, and Hospitalization. The result of the symptom management showed that almost all of the symptoms disappeared. However, some symptoms, especially fatigue, persisted.

The results of this survey can support nurses appropriately and efficiently planning nursing care for patients with each stage of illness. Nurses should encourage patients to self-care and do proper symptom management.

Keywords: Covid 19, symptom experiences, symptom management

*Faculty of Nursing, Ubon Ratchatani University. Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani 34190
Corresponding author; E-mail: yommana.c@ubu.ac.th
**Faculty of Nursing, Ubon Ratchatani University. Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani 34190
***Ban Phon Mueang Sub-District Health Promoting Hospital. Samrong District, Ubon Ratchathani 34130

Received: October 09, 2023 / Revised: October, 2024 / Accepted: December 19, 2024

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รายงานสถานการณ์ปัจจุบันจากการสรุปสถิติโควิด-19 ทั่วโลก เดือนพฤษภาคม 2023 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั่วโลกกว่า 6 แสนล้านคน และมียอดผู้เสียชีวิตสะสมทั่วโลก 6,793,224 คน[1]นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยรายแรกของโรคปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุในประเทศจีนในเดือนธันวาคม 2019 มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็วใน 192 ประเทศและภูมิภาค จึงทำให้โรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก[2] การแพร่ระบาดของโรคที่เกิดขึ้นในประเทศไทยช่วงแรกประมาณเดือนมีนาคม 2563 จากคลัสเตอร์สนามมวยและสถานบันเทิง จากนั้นมีการระบาดหลายระลอกเกิดขึ้นเป็นวงกว้าง และในเดือนกรกฎาคม 2564 มีการระบาดของโรคโควิด-19 แผ่วงกว้างอย่างรวดเร็วโดยรายงานข้อมูลของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 มียอดผู้ป่วยติดเชื้อสะสมสูงถึง 597,287 คน และมียอดผู้เสียชีวิตรวม 4,624 คน[3] ถือเป็นการระบาดครั้งใหญ่ของประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อและผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อจำนวนมาก

ลักษณะพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นหลังการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายจะเกิดการตอบสนองเช่นเดียวกับการติดเชื้ออื่นๆที่เข้าสู่ร่างกาย โดยร่างกายจะเกิดการสร้างภูมิต้านทาน (antibody) ภายหลังการติดเชื้อ1-2 สัปดาห์ และเมื่อเวลาผ่านไปช่วงเวลาหนึ่งระดับของภูมิต้านทานจะลดลง[4] การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อโควิด-19 จะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไปด้วย โดยบางอาการเกิดเฉพาะบุคคลหรือบางกลุ่ม ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 จะมีอาการเหล่านี้ ได้แก่ มีไข้หรือหนาวสั่น ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก คัดจมูกหรือน้ำมูกไหล คลื่นไส้อาเจียน โรคท้องร่วง ความเหนื่อยล้า ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหัว สูญเสียการรับรสและการรับกลิ่นสัมผัส[5] โรคโควิด-19 มีระยะฟักตัวโดยประมาณอยู่ที่ 14 วันนับจากเวลาที่สัมผัสเชื้อ โดยระยะฟักตัวเฉลี่ย 4 ถึง 5 วัน และอาการที่เกิดขึ้นเมื่อติดเชื้อมีได้ตั้งแต่ไม่แสดงอาการไปจนถึงการติดเชื้อรุนแรงที่ปอดเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure)[6,7]

จากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและลักษณะพยาธิสภาพของโรคที่นำไปสู่การสูญเสียชีวิต นโยบายภาครัฐต่างๆที่สำคัญจึงเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการล็อคดาวน์ขั้นสูงสุด ปิดการทำกิจกรรม งดการเดินทาง เร่งฉีดวัคซีนให้กลุ่มเสี่ยง ซึ่งในเดือนกรกฎาคม 2564 รัฐบาลพยายามเร่งหาพื้นที่สร้างโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนมากอย่างรวดเร็ว จัดทำแนวทางการเปลี่ยนโรงแรมเป็นโรงพยาบาลสนาม วางหลักเกณฑ์การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม จัดให้มีระบบการกักกันโรค 4 ประเภท[8] ได้แก่ สถานกักกันทางเลือก (alternative state quarantine) สถานกักกันทางเลือกในสถานพยาบาล (alternative hospital quarantine) สถานกักกันในกิจการกอล์ฟ (golf quarantine) และสถานกักกันในกิจการเพื่อสุขภาพ (wellness quarantine) นอกจากนั้นยังมีการใช้พื้นที่วัดเป็นสถานที่กักตัวของผู้ติดเชื้อในช่วงที่มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและไม่มีเตียงเพียงพอสำหรับผู้รับบริการ รัฐบาลจึงริเริ่มแนวคิดการแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation)[8] และมีการรณรงค์ให้ประชาชนดูแลตนเองในทุกภาคส่วนเพื่อป้องกันตนเองจากโรค โดย

กระทรวงสาธารณสุขออกแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19[9] เช่น การออกจากบ้านเท่าที่จำเป็น เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้าน เป็นต้น

วิกฤติด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศที่มีผู้ติดเชื้อและผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลไม่สามารถรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ขาดแคลนเตียง ทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากต้องกักตัวอยู่ในที่พักอาศัย ส่งผลกระทบต่อประชาชนในทุกๆด้าน เช่น ด้านสุขภาพร่างกายที่ต้องอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ด้านจิตใจความเครียดความกังวลต่อสถานการณ์ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจจากการขาดรายได้ จากการล็อคดาวน์เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ประชาชนเรียนรู้การรับมือกับแพร่การระบาดของโรคและการดูแลตัวเอง เนื่องจากความไม่รู้ความแน่นอนของโรคที่เกิดขึ้น กลัวการเสียชีวิต มีประชาชนบางส่วนหลงเชื่อข้อมูลและข่าวปลอมที่ได้รับการส่งต่อผ่านสื่อสังคมออนไลน์[10] เพราะโรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ยังขาดความรอบรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง รวมทั้งข้อมูลด้านสาธารณสุขยังไม่แพร่หลาย อยู่ในช่วงของการศึกษาวิจัยพัฒนาค้นหารูปแบบแนวทางป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การทดลองวัคซีน การหาสาเหตุกลไกของโรคที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจในการสำรวจประสบการณ์การมีอาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อช่วยให้ทราบถึงการเกิดอาการหรือกลุ่มอาการในแต่ละระยะของผู้ป่วย ระดับความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งผลจากการวิจัยนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้านการประเมินอาการที่ครอบคลุมวิธีการจัดการอาการและวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพตรงกับความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจการมีอาการและการรับรู้อาการในแต่ระยะของการเจ็บป่วย มิติด้านความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโควิด-19

2. เพื่อสำรวจกลวิธีในการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ[11] ประกอบด้วยมโนทัศน์ 3 ประการ ได้แก่ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) เป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะปกติ ประกอบด้วย การรับรู้อาการ (perception of symptom) คือ การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ การประเมินอาการ (evaluation of symptom) คือ การให้ความหมายของอาการหรือประเมินความรุนแรงตามการรับรู้อาการของแต่ละบุคคล และการตอบสนองต่ออาการ (response of symptom) ในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล 2) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เป็นการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ในจัดการกับอาการหรือสิ่งที่รับรู้ความผิดปกติของบุคคล เพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สุขสบาย ซึ่งวิธีการจัดการสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้

ของบุคคล จนกว่าอาการที่เกิดขึ้นจะลดลงหรือหายไป โดยครอบคลุมการจัดการกับอาการเกี่ยวกับวิธีการจัดการคืออะไร (what) ใช้วิธีการจัดการอย่างไร (how) เริ่มจัดการเมื่อใด (when) การจัดการดังกล่าวเกิดขึ้นที่ไหน (where) ทำไมเลือกการจัดการวิธีนี้ (why) และ 3) ผลลัพธ์ (outcomes) เป็นผลที่เกิดจากการจัดการอาการ ในการศึกษานี้วัดผลลัพธ์เฉพาะสภาพอาการตามการรับรู้ของบุคคลว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ดีขึ้น เลวลง หรือคงเดิมจากการใช้กลวิธีนั้น ๆ ในการจัดการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากร คือ บุคคลที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 มีผลวินิจฉัยยืนยัน และได้รับการรักษาหายแล้ว อาศัยอยู่ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 มีผลวินิจฉัยยืนยัน และได้รับการรักษาหายแล้วอาศัยอยู่ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ตามสัดส่วนประชากร ได้จำนวน 30 คน และใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลากจากบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้ 1) บุคคลในวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 20 – 60 ปี 2) เคยมีประสบการณ์ป่วยด้วยโรคโควิด -19 ที่มีผลวินิจฉัยยืนยัน 3) ได้รับการรักษาหายแล้วไม่เกิน 3 เดือน 4) อ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่อยู่ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2) ไม่สะดวกในการติดต่อสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมโรคโควิด-19 และกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การพักอาศัย บุคคลที่ดูแลหลัก โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างสอบถามประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย 1) ลักษณะอาการ อาการแสดง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่รับรู้ ในครั้งแรก สัปดาห์แรก สัปดาห์ที่สองของการเจ็บป่วย และหลังการรักษาหายกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน 14 วัน สอบถามการมีอาการที่เกิดขึ้นจริงกับตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 2) มิติด้านความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน หรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการที่เกิดขึ้น ในแต่ละช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่สองของการเจ็บป่วย และหลังการรักษาหายกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน 14 วัน โดยให้บอกการมีอาการที่ เกิดขึ้นจริงกับตนเองตามรายการ และระบุเพิ่มเติมหากไม่มีในรายการ และบอกระดับความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง โดยกำหนดระดับการวัดและเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ความถี่ของอาการ กำหนดดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อยมากจนแทบจะไม่มีอาการ

(very rarely) 2 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อยครั้ง (rarely) 3 คะแนน หมายถึง มีอาการเป็นบางครั้ง (occasionally) 4 คะแนน หมายถึง มีอาการบ่อยครั้ง (very frequently) 5 คะแนน หมายถึง มีอาการตลอดเวลา (always) การแปลผลการรับรู้อาการด้านความถี่ แบ่งเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.33 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.66 คะแนน และ ระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.67 – 5.00 คะแนน

ความรุนแรงของอาการ ใช้การประเมินเป็นแบบตัวเลข (numeric rating scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง ๆ ละ 1 เซนติเมตร มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีตัวเลขแทนค่าความรุนแรง คือ ปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วย 0 หมายถึง การรับรู้ว่าไม่มีอาการรุนแรง ส่วนปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วย 10 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการระดับมากที่สุด การแปลผล เกณฑ์ความรุนแรงของอาการ ดังนี้ 10 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการระดับมากที่สุด 7 - 9 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการระดับมาก 4 - 6 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการระดับปานกลาง 1 - 3 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการระดับเล็กน้อย และ 0 หมายถึง การรับรู้ว่าไม่มีอาการ

การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการ กำหนดดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง อาการรบกวนชีวิตประจำวันน้อยมาก 2 คะแนน หมายถึง อาการรบกวนชีวิตประจำวันน้อย 3 คะแนน หมายถึง อาการรบกวนชีวิตประจำวันค่อนข้างมาก 4 คะแนน หมายถึง อาการรบกวนชีวิตประจำวันมาก 5 คะแนน หมายถึง อาการรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด การแปลผลการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แบ่งเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.33 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.66 คะแนน และ ระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.67 – 5.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างสอบถามประสบการณ์กลวิธีในการจัดการอาการของผู้ป่วย โควิด 19 และผลลัพธ์ของการจัดการ โดยให้บอกอาการที่รู้สึกว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 1 - 3 อาการเรียงจากมากไปหาน้อยและบอกถึงวิธีการจัดอาการการดูแลตนเองเบื้องต้นที่ได้ปฏิบัติ จำนวน 6 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านมีวิธีการจัดการกับอาการอย่างไร 2) เริ่มใช้วิธีการข้างต้นเมื่อไหร่ 3) ทำที่ไหน 4) ผลลัพธ์การจัดการตามวิธีการเป็นอย่างไร 5) แหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการจัดการอาการ 6) บุคคลที่มีส่วนร่วมในการจัดการอาการ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ .67 – 1 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) โดยผู้วิจัย 2 คน สัมภาษณ์ผู้รับบริการคนเดียวกัน จำนวน 5 คน และสัมภาษณ์ในเวลาที่แตกต่างกัน 1) แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างสอบถามประสบการณ์การมีอาการ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Pearson product moment correlation coefficient) เท่ากับ 1.00 และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างสอบถามประสบการณ์กลวิธีในการจัดการอาการของผู้ป่วยโควิด-19 และผลลัพธ์ของการจัดการ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัดส่วนของความสอดคล้อง (Inter-rater

reliability: IRR) เท่ากับ .74 ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับยอมรับได้จึงนำใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลประชากรกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลาก จากลำดับเลขที่ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดต่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์รูปแบบ VDO call ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code กรอกข้อมูลด้วยตนเองในส่วนของหนังสือยินยอมและข้อมูลส่วนบุคคล และใช้การสัมภาษณ์ในส่วนของลักษณะอาการที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด 19 ในมิติความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน กลวิธีในการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อนุมัติรับรองจริยธรรมในมนุษย์เลขที่ UBU REC 101- 2564 วันที่ให้การรับรอง 15 กันยายน 2564 – 14 กันยายน 2565 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมด้วยวาจาก่อนการให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code กรอกข้อมูลด้วยตนเองในส่วนของหนังสือยินยอมและข้อมูลส่วนบุคคล ก่อนการสัมภาษณ์ หากผู้ป่วยไม่ยินยอมจะยุติการขอเก็บข้อมูล และกล่าวขอบคุณ การรวบรวมข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ทั้งนี้ใช้รหัสของแบบสอบถามแทน และวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลการมีอาการในมิติความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน กลวิธีในการจัดการอาการ ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโควิด-19 ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาร่วมกับการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 30 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 70.00) เพศชายจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 30.00) มีอายุอยู่ระหว่าง 20 -35 ปี มากที่สุด จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 60) อายุ 36 - 45 ปี จำนวน 6 ราย และ อายุ 46 - 60 ปี จำนวน 6 ราย มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด (ร้อยละ 30) และมีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 43.33) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 20) รายได้เฉลี่ย 18,260 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท/เดือน สูงสุด 60,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 93.33) เมื่อเจ็บป่วยมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 63.33) และไม่มีผู้ดูแลจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 36.37) มีโรคประจำตัว จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง

2. การมีอาการ กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะอาการที่แตกต่างกันในแต่ระยะของการเจ็บป่วยจำแนกตามระยะเวลาได้ดังนี้

1) ลักษณะอาการที่รับรู้ถึงความผิดปกติครั้งแรก ส่วนใหญ่มักมีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ บางรายมีน้ำมูก รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวไม่สุขสบายปวดเมื่อยตามตัว มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการหายใจไม่อิ่มหรือหายใจลำบาก

2) ในสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย อาการมีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ไข้สูงขึ้น ไอมากขึ้น คัดจมูกมีน้ำมูกมากขึ้น ปวดเมื่อยตามตัวมากขึ้น เจ็บคอมากขึ้น มีเสียงพูดเปลี่ยนไปบางคนเสียงแหบ จนแทบพูดไม่มีเสียง ลิ้นไม่รับรส และเริ่มไม่ได้กลิ่นบางรายมีอาการปวดศีรษะ และมีอาการอ่อนเพลียตลอดเวลา

3) ในสัปดาห์ที่สองของการเจ็บป่วย อาการเริ่มดีขึ้น เช่น ไม่มีอาการไข้ เริ่มมีไอห่างๆ เจ็บคอลดลง การหายใจโล่งขึ้น แต่บางอาการยังคงอยู่และเป็นความทรมานก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลในผู้ป่วย ได้แก่ การรับรสไม่ได้ การรับกลิ่นไม่ได้ มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ และยังคงมีอาการปวดศีรษะ

4) หลังการรักษาหายและกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน 14 วัน ส่วนใหญ่หายเกือบเป็นปกติ มีเพียงบางรายยังคงมีอาการไอห่างๆ แสบระคายเคืองคอ ลักษณะความผิดปกติที่ผู้ป่วยรับรู้อาการโดยส่วนใหญ่ รู้สึกอ่อนเพลีย การดำเนินชีวิตประจำวันเหนื่อยง่ายกว่าปกติแตกต่างจากก่อนการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งผลของการสำรวจการมีอาการในมิติความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19

2.1 ความถี่ของอาการ ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า 1) ในสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย มีอาการไอมากที่สุด (ร้อยละ 83.33) รองลงมาคือมีอาการไข้ (ร้อยละ 76.67) โดยอาการไอมีระดับความถี่มากที่สุด (M = 3.60, SD =1.50) อยู่ในระดับปานกลาง 2) ในสัปดาห์ที่สองของการเจ็บป่วย มีอาการไอมากที่สุด (ร้อยละ 76.67) รองลงมาคืออาการเจ็บคอ (ร้อยละ 63.33) โดยอาการสูญเสียการดมกลิ่นมีระดับความถี่มากที่สุด (M = 3.18, SD =1.78) อยู่ในระดับปานกลาง 3) หลังการรักษาหายและกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน 14 วัน มีอาการไอและอ่อนเพลีย มากที่สุด (ร้อยละ 43.33) โดยอาการไอมีระดับความถี่มากที่สุด (M = 2.15, SD =1.34) อยู่ในระดับน้อยซึ่งการมีอาการและระดับความถี่ของอาการที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก รายละเอียดดังแสดงใน Table 1

2.2 ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย พบว่า ในสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วยพบอาการอ่อนเพลียมีความรุนแรงมากที่สุด (M= 6.45, SD = 2.91) อยู่ในระดับปานกลาง และอาการเกือบทั้งหมดลดระดับความรุนแรงลงในสัปดาห์ที่สองของการเจ็บป่วยยกเว้นอาการสูญเสียการดมกลิ่นยังคงเป็นระดับความรุนแรงเท่าเดิม (M= 5.69 SD = 2.89) อยู่ในระดับปานกลาง และระยะหลังการรักษาหายและกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน 14 วัน พบอาการไอมีความรุนแรงมากที่สุด (M= 3.69, SD = 2.59) อยู่ในระดับเล็กน้อย ดังแสดงใน Figure 1

Table 1 The number, percentage of symptoms, and frequency levels of the five most common symptoms, which are listed in descending order, are categorized based on the duration of the illness. (n=30)

Time	Symptoms	No	Yes	Frequency of symptoms					Mean	SD	Level
				1	2	3	4	5			
First week of illness	Cough	16.67 (5)	83.33 (25)	20.00 (5)	0 (0)	16.00 (4)	28.00 (7)	36.00 (9)	3.60	1.50	Moderate
	Fever	23.33 (7)	76.67 (23)	17.39 (4)	13.04 (3)	17.39 (4)	34.78 (8)	17.39 (4)	3.22	1.38	Moderate
	Headache	26.67 (8)	73.33 (22)	27.27 (6)	22.73 (5)	22.73 (5)	13.64 (3)	13.64 (3)	2.64	1.40	Moderate
	Sore throat	26.67 (8)	73.33 (22)	9.09 (2)	13.64 (3)	45.45 (10)	9.09 (2)	22.73 (5)	3.23	1.23	Moderate
	Muscle or body aches	30 (9)	70 (21)	4.76 (1)	23.81 (5)	19.05 (4)	23.81 (5)	28.57 (6)	3.48	1.29	Moderate
Second week of illness	Cough	23.33 (7)	76.67 (23)	13.04 (3)	21.74 (5)	30.43 (7)	21.74 (5)	13.04 (3)	3.00	1.24	Moderate
	Sore throat	36.67 (11)	63.33 (19)	36.84 (7)	36.84 (7)	15.79 (3)	5.26 (1)	5.26 (1)	2.05	1.13	Mild
	Anosmia	43.33 (13)	56.67 (17)	29.41 (5)	11.76 (2)	11.76 (2)	5.88 (1)	41.18 (7)	3.18	1.78	Moderate
	Fatigue	43.33 (13)	56.67 (17)	23.53 (4)	29.41 (5)	35.29 (6)	0 (0)	11.76 (2)	2.47	1.23	Moderate
	Dyspnea	43.33 (13)	56.67 (17)	70.59 (12)	11.76 (2)	11.76 (2)	5.88 (1)	0 (0)	1.53	0.94	Mild
14 days after recovering from treatment	Cough	56.67 (17)	43.33 (13)	46.15 (6)	15.38 (2)	23.08 (3)	7.69 (1)	7.69 (1)	2.15	1.34	Mild
	Fatigue	56.67 (17)	43.33 (13)	46.15 (6)	30.77 (4)	23.08 (3)	0 (0)	0 (0)	1.77	0.83	Mild
	Dyspnea	63.33 (19)	36.67 (11)	72.73 (8)	18.18 (2)	9.09 (1)	63.33 (19)	36.67 (11)	1.36	0.67	Mild
	Headache	70.00 (21)	30.00 (9)	55.56 (5)	22.22 (2)	11.11 (1)	0 (0)	11.11 (1)	1.89	1.36	Mild
	Sore throat	70.00 (21)	30.00 (9)	66.67 (6)	22.22 (2)	11.11 (1)	0 (0)	0 (0)	1.44	0.73	Mild

Figure 1 The severity of symptoms at each stage of the illness (n=30)

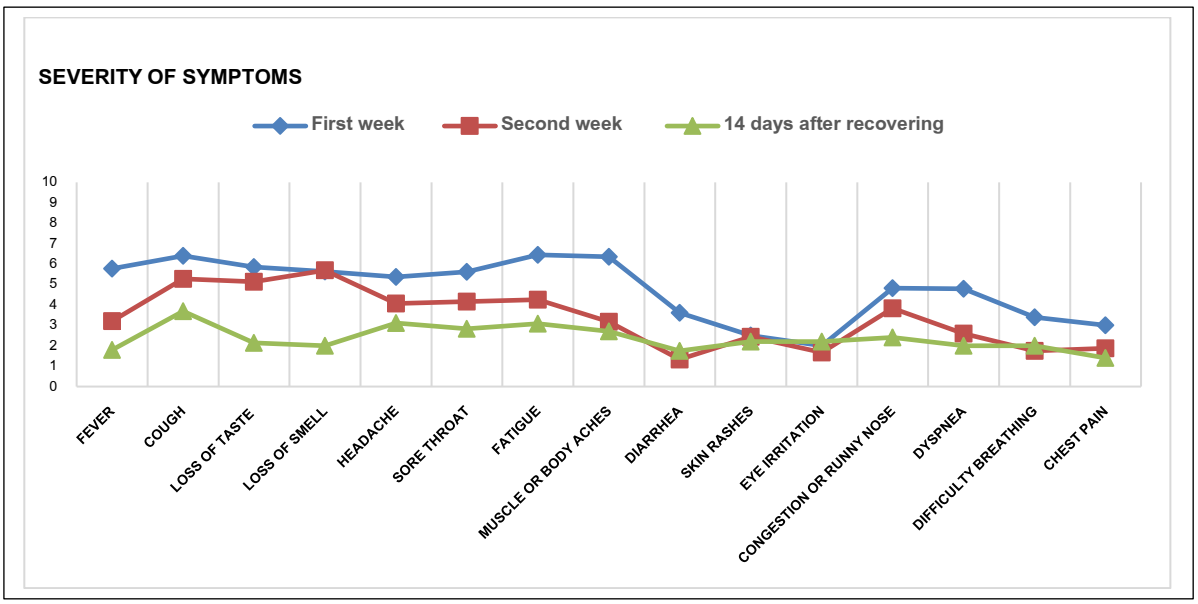
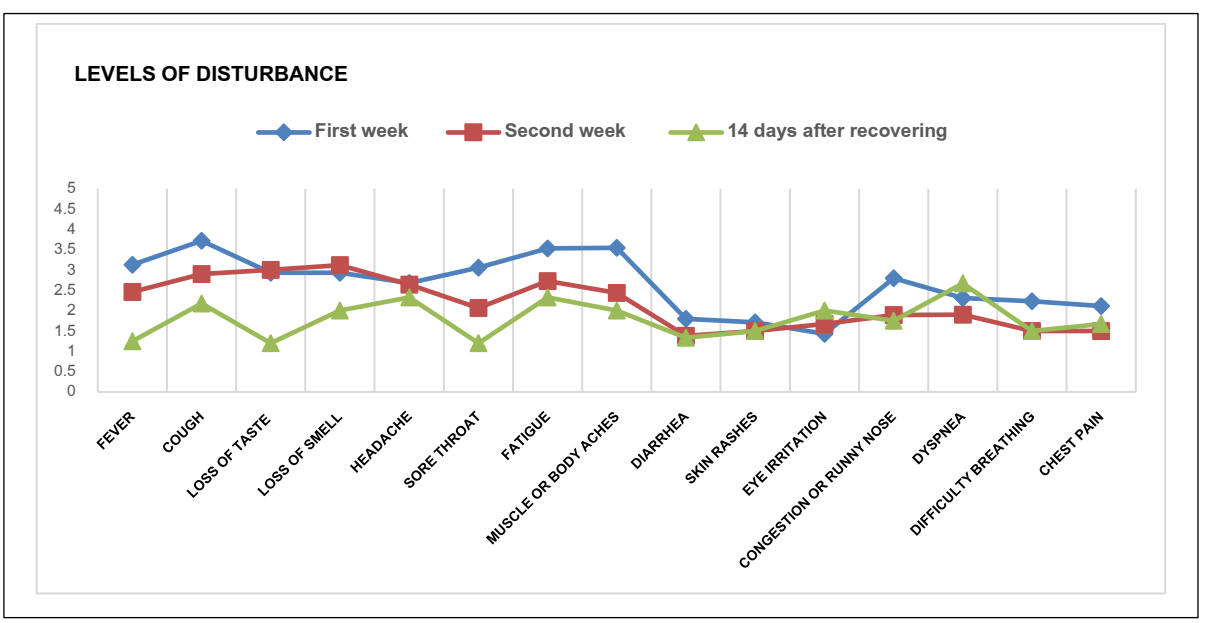


Figure 2 The disturbances in daily life due to symptoms at each stage of the illness (n=30)



2.3 การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย พบว่า 1) ในสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย พบอาการไอ รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด (M = 3.72, SD = 1.51) อยู่ในระดับปานกลาง 2) ในสัปดาห์ที่สองของการเจ็บป่วย พบอาการสูญเสียการดมกลิ่น รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด (M = 3.12 SD = 1.73) อยู่ในระดับปานกลาง และ3) ระยะหลังการรักษาหายและกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน 14 วันของการเจ็บป่วย พบอาการรู้สึกหายใจไม่อิ่ม รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน มากที่สุด (M = 2.67, SD = 1.63) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงใน Figure 2

3. การจัดการอาการของผู้ป่วยโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่า กลวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโควิด-19 สรุปได้เป็น 3 รูปแบบดังนี้

1) การเฝ้าสังเกตอาการให้อาการดีขึ้นเอง ผู้ป่วยโควิด-19 มีอาการแตกต่างกันออกไปตั้งแต่แทบไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย ไปจนถึงมีอาการรุนแรง บางอาการที่เป็นอาการเพียงเล็กน้อยแทบไม่มีอาการ อาการเหล่านั้นไม่ได้รบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจึงไม่ได้จัดการใดๆกับอาการที่เกิดขึ้นเหล่านั้น เช่น มีผื่นผิวหนังแดง เจ็บคอ ท้องเสียเล็กน้อย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นค่อยหายไปเอง โดยผู้ป่วยเพียงเฝ้าสังเกตอาการให้อาการดีขึ้นเอง

2) จัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง โดยอาศัยคำบอกเล่าและประสบการณ์จากบุคคลใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมทั้งจากสื่อต่างๆในโทรศัพท์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น มีวิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย

2.1) การดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยทั่วไป ได้แก่ การดื่มน้ำมากๆ ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้เมื่อมีอาการไข้ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลตามประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล

2.2) การใช้พืชสมุนไพร การใช้สมุนไพรไทย เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด หัวหอม กระเทียม โดยมีกรรมวิธีที่แตกต่างกันออกไป เช่น สูดดมกลิ่น การต้มดื่ม ต้มให้เกิดไอระเหยความร้อนแล้วสูดดม เป็นต้น

2.3) ทำสมาธิฝึกการหายใจ ผู้ป่วยหลายคนมีอาการเหนื่อยเพลีย หายใจไม่อิ่มจึงฝึกสมาธิ ฝึกการหายใจ นอกจากจะช่วยบริหารปอดแล้วยังช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดจากอาการได้ด้วย

2.4) จัดการความเครียด การจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยยอมรับว่าเครียดมาก ยิ่งต้องกักตัวอยู่เพียงลำพัง โดยส่วนใหญ่จะใช้การโทรศัพท์ พูดคุยวิดีโอคอลกับบุคคลในครอบครัว คนรัก เพื่อน และใช้การผ่อนคลายโดยการดูรายการบันเทิงต่างๆ และติดตามข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆในโทรศัพท์

2.5) การซื้อยามารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการโดยส่วนใหญ่ซื้อยามารับประทานเองในการบรรเทาอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ละลายเสมหะ และยาฟ้าทะลายโจร ซื้อร้านขายยาและได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรในการใช้ยา

3) เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อรายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ทุกรายตามระบบ และได้รับการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการและดำเนินการตามมาตรการป้องกัน โดยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงจะถูกส่งตัวให้เข้ารับการการรักษาในโรงพยาบาล และในกลุ่มที่อาการไม่รุนแรงจะจัดให้อยู่ในสถานกักกันในชุมชน และแยกตัวอยู่ที่บ้าน (home

isolation) โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ประเมินติดตามอาการ และความร่วมมือของคนในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยงานและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างทุกรายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทำให้ได้รับการดูแลตามระบบ และอาการดีขึ้นภายหลัง เข้ารับการรักษา ยังคงมีอาการบางอาการที่ยังหลงเหลือและรับรู้ถึงสภาวะร่างกายที่ยังไม่เข้าสู่ภาวะปกติ เช่น การรับรส การรับกลิ่นยังไม่ปกติ เหนื่อยเพลียง่ายมากขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว และในคนไข้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง บอกว่าหลังหายป่วยโควิด-19 และพักรักษาตัวที่บ้าน 14 วันมีอาการเหนื่อยเพลียมากกว่าปกติ มากกว่าก่อนการติดเชื้อ และอาการมักเกิดขึ้นมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่มีโรคประจำตัว

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะอาการที่รับรู้ถึงความผิดปกติได้ครั้งแรกคืออาการไข้ ไอ เจ็บคอ บางรายมีน้ำมูก รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัว ไม่สุขสบายปวดเมื่อยตามตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Taghizadeh[12] ที่พบว่าอาการระยะเริ่มต้นของโควิด-19 มีลักษณะคล้ายกับอาการของไข้หวัด ซึ่งต่อมาอาการเหล่านี้จะทวีความรุนแรงมากขึ้นในสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย พบว่า ไข้สูงขึ้น ไอมากขึ้น คัดจมูกมีน้ำมูกมากขึ้น ปวดเมื่อยตามตัวมากขึ้น เจ็บคอมากขึ้น มีเสียงพูดเปลี่ยนไปบางคนเสียงแหบจนแทบพูดไม่มีเสียง ลิ้นไม่รับรสและเริ่มไม่ได้กลิ่น บางรายมีอาการปวดศีรษะ และมีอาการอ่อนเพลียตลอดเวลา สอดคล้องกับการรายงานขององค์การอนามัยโลก[13] ที่ว่าอาการแสดงจะเป็นมากขึ้นภายหลังสัมผัสเชื้อประมาณ 5-6 วันจนถึง 2 สัปดาห์ ซึ่งจากการศึกษาลักษณะอาการที่รับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกายในสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย พบอาการไอมากที่สุด ความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.60, SD =1.50) ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (M = 6.40, SD = 3.21) และเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน มากที่สุด (M = 3.72, SD = 1.51) สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่ออาการแสดงในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของ อัปสร วงษ์ศิริ, ธนมณฑชนก พรหมพินิจ และนฤปวรรต์ พรหมมาวัย ที่พบความชุกของอาการไอมากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 40.59)[14] ซึ่งอาการไอเป็นกลไกการตอบสนองของร่างกาย ต่อสิ่งแปลกปลอมและเป็นกลไกการป้องกันที่สำคัญของร่างกายในการกำจัดเชื้อโรคในระบบทางเดินหายใจ และลักษณะพยาธิวิทยาของโรคโควิด-19 ตัวรับเชื้อหลักส่วนใหญ่อยู่บนเซลล์เยื่อบุผิวทางเดินหายใจ[6] เป็นผลให้เกิดอาการไอ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบอาการไอมากที่สุดในทุกระยะของการเจ็บป่วย

ลักษณะอาการที่รับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกายในสัปดาห์ที่สองของการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น อาการเกือบทั้งหมดลดระดับความรุนแรงลง ยกเว้นอาการสูญเสียการดมกลิ่นยังคงมีระดับความรุนแรงเท่าเดิม (M= 5.69, SD = 2.89) อยู่ในระดับปานกลาง และเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด (M = 3.12, SD = 1.73) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการแสดงทางระบบประสาทที่พบบ่อยเชื่อว่าเป็นผลมาจากกลไกของ hyperinflammatory และ hypercoagulable

ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงเกิดการอักเสบของศูนย์รวมประสาทรับกลิ่น (olfactory bulbs) และเกิดการก่อตัวของ microglia nodule บนก้านสมองส่วนท้าย (medulla oblongata) ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดอาการสูญเสียการรับกลิ่นและการรับรสผิดปกติ[2] เมื่อการรับกลิ่นและการรับรสผิดปกติย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่สำคัญโดยเฉพาะการรับประทานอาหารซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันในการดำรงชีวิตของมนุษย์จึงทำให้เป็นความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยเพราะทำให้ความอยากอาหารลดลง

ลักษณะอาการที่รับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกายหลังการรักษาหายและกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน 14 วัน พบว่าส่วนใหญ่มีอาการหายเกือบเป็นปกติ แต่ยังคงรู้สึกอ่อนเพลีย (ร้อยละ 43.33) เหนื่อยง่ายกว่าปกติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งแตกต่างจากก่อนการติดเชื้อโควิด-19 และส่วนหนึ่งมีความวิตกกังวลกับอาการที่หลงเหลืออยู่ของโรค นอนไม่หลับ และมีอาการปวดศีรษะเป็นความทุกข์ทรมานที่เกิดในผู้ป่วย จากการศึกษาในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 30.00 และความถี่ของอาการปวดศีรษะพบเป็นอันดับสองรองจากอาการไอ (M = 1.89 SD = 1.36) ซึ่งมีการค้นพบว่าเป็นกลไกการทำงานของไมโครเกลีย (microglia) ที่ทำหน้ากำจัดสิ่งแปลกปลอมที่จะเข้าสู่เนื้อเยื่อประสาทสมองและการเกิดการซึมผ่านของ $CD8^+$, cytotoxic, T cells ส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดโดยรอบสมอง (perivascular) และเนื้อเยื่อสมองในส่วนของก้านสมองและสมองน้อย (brainstem and cerebellum) ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโควิด-19 ได้[2]

ผู้ป่วยมีกลวิธีในการจัดการอาการ 3 วิธีหลักๆ ได้แก่ 1) การเฝ้าสังเกตอาการให้อาการดีขึ้นเอง 2) จัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง 3) การรักษาในสถานพยาบาล ทั้งนี้โควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นจะมีระดับความรุนแรงมากน้อยขนาดไหน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความความกลัวโดยเฉพาะกลัวการเสียชีวิต จึงปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลสุขภาพเบื้องต้นนี้ผู้ป่วยอาศัยประสบการณ์เดิม ปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ บุคคลใกล้ชิดและข้อมูลสื่อสังคมออนไลน์ โดยมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการด้วยตนเองและหาวิธีการต่างๆในการจัดการอาการด้วยตนเองควบคู่ไปกับการรักษาตามระบบ สอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการอาการที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นพลวัตขึ้นกับการรับรู้หรือการประเมินอาการของบุคคลในช่วงนั้นเพื่อให้อาการดีขึ้นหรือผลลัพธ์การจัดการอาการตามเป้าหมาย[11]

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการอาการพบว่า ภายหลังการรักษาหลายคนยังคงมีอาการหลงเหลือ และรับรู้ถึงสภาวะร่างกายที่ยังไม่เข้าสู่ภาวะปกติ เช่น การรับรส การรับกลิ่น ยังไม่ปกติ เหนื่อยเพลียง่ายมากขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาการเหล่านี้ที่เกิดขึ้นถึงแม้จะถูกจัดการอาการไปด้วยกลวิธีต่างๆ ยังมีอาการที่หลงเหลือเป็นความไม่สุขสบายในผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานเกี่ยวกับภาวะ long Covid-19 ซึ่งสามารถพบได้ทั้งสาเหตุจากตัวโรคโควิด -19 โรคแฝง ผลข้างเคียงการรักษา รวมถึงความเครียดสะสม ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยโรคประจำตัวที่เป็นอยู่เดิม ซึ่งกรมการแพทย์ได้กล่าวถึงอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ว่าเป็นอาการที่มักพบภายหลังจากรักษาหายแล้วอาการที่เกิดขึ้นมีความ

หลากหลายและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ความชุกกลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลียร้อยละ 47 หอบเหนื่อยร้อยละ 22 นอนไม่หลับร้อยละ 36 วิตกกังวล ร้อยละ 23 ผมร่วงร้อยละ 22 และหลงลืมร้อยละ 24 ซึ่งมักพบอาการภายหลังได้รับเชื้อ 4 ถึง 12 สัปดาห์[15]

จากการศึกษานี้จะเห็นว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไปทั้งในมิติด้านความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการบรรเทาอาการของผู้ป่วยโควิด -19 และการจัดการอาการตามระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ ของการเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญ รวมถึงการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพภายหลังการ ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งยังคงมีอาการที่ยังหลงเหลืออยู่ ข้อจำกัดของการศึกษานี้อยู่ในช่วงของการเร่งป้องกันการแพร่ระบาดยังไม่ได้จำแนกรายละเอียดของการได้รับวัคซีนและสายพันธุ์เชื้อโควิด-19 ซึ่งอาจจะมีความสัมพันธ์กับอาการที่เกิดขึ้น การศึกษานี้ชี้ให้เห็นเป็นเพียงภาพรวมอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโควิด-19 จำเป็นจะต้องมีการศึกษาชี้ชัดในประเด็นต่างๆของอาการที่เกิดขึ้นซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางการแพทย์ต่อไป และสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคือการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับประชาชนเป็นสิ่งที่สำคัญในการบริหารจัดการสุขภาพผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบายใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับลักษณะอาการที่เกิดขึ้นนำไปการวางแผนการพยาบาลเพื่อการดูแลบรรเทาอาการในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย รวมถึงควรเน้นการให้ความรู้ในกลุ่มที่มีการจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองผ่านการให้ความรู้ทางออนไลน์หรือโทรศัพท์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการมีอาการของ long Covid-19

2. ควรมีการศึกษากลวิธีการจัดการอาการที่เฉพาะเจาะจงกับอาการในแต่ระยะของการเจ็บป่วยเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

References

1. Department of Health. Summary of global statistics report on the situation of COVID-19 around the world. [homepage on the Internet]. 2023. [cited 2023 August 5]. Available from: https://covid19.anamai.moph.go.th/en/ 15/05/2023. (in Thai).
2. Iida S, Arashiro T, Suzuki T. Insights into pathology and pathogenesis of coronavirus disease 2019 from a histopathological and immunological perspective. JMA J. 2021 Jul 15;4(3):179-86. doi: 10.31662/jmaj.2021-0041. Epub 2021 Jul 13. PMID: 34414310; PMCID: PMC8355722.
3. Centre for COVID-19 Situation Administration (CCSA). Daily situation report. [homepage on the Internet]. 2021. [cited 2023 November 6]. Available from: https://covid19.nrct.go.th. (in Thai).
4. Jiang HW, Li Y, Zhang HN, Wang W, Yang X, Qi H, Li H, Men D, Zhou J, Tao SC. SARS-CoV-2 proteome microarray for global profiling of COVID-19 specific IgG and IgM responses. Nat Commun.

2020 Jul 14;11(1):3581. doi: 10.1038/s41467-020-17488-8. PMID: 32665645; PMCID: PMC7360742.

5. Centers for Disease Control and Prevention. Symptoms of COVID-19. [Internet]. 2022. [cited 2023 July 20]. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html.
6. Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veesler D. Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein. Cell. 2020 Apr 16;181(2):281-92.e6. doi: 10.1016/j.cell.2020.02.058.
7. National Institutes of Health. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) treatment guidelines. [book on the Internet]. 2021. [cited 2023 June 19]. Available from: https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf.
8. Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Centre (Public Organization). Report on a study experience, impact, and social dimensions in the COVID-19 situation. (5 groups of issues). [book on the Internet]. 2022. [cited 2023 November 8]. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5692. (in Thai).
9. Department of Disease Control. Guidelines for the prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) or COVID-19 for the general public and risk groups. [document on the Internet]. 2021. [cited 2021 July 19]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf. (in Thai).
10. Ingchadjaroen B, Kraikitrat J, Bodeerat C. Cooperation of the people of Bansayaighee in the prevention of COVID-19 infection. J Roi Kaensarn Academi. 2021;6(12):306-17. (in Thai).
11. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs. 2001;33(5):668-76.
12. Taghizadeh F, Taghizadeh H. Naso-pharyngeal discharge: The first symptom of COVID-19 infection: Report two cases from Iran. Clin Case Rep. 2020 Aug 6;8(12):2536-37. doi: 10.1002/ccr3.3214. PMID: 32837726; PMCID: PMC7436221.
13. World Health Organization. Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). [book on the Internet]. 2020. [cited 2023 May 15]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf.
14. Wongsiri U, Prompinij T, Prommawai N. Epidemiological characteristics and factors affected symptomatic in COVID-19 patients, Udonthani province. Res Dev Health Sys J. 2022;15(2):60-75. (in Thai).
15. Department of Medical Services. Care of patients with post-COVID syndrome or Long COVID for doctors and public health personnel. [document on the Internet]. 2022. [cited 2023 November 8]. Available from: https://covid19.dms.go.th. (in Thai).

ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ชาลินี ปุรินทะ*
ระพิณ ผลสุข**

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 214 คน มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกใน 2 โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพและปริมณฑล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 9 แบบสอบถาม คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก 4) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ 5) แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ 6) แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ 7) แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 8) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 9) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 36.92, SD = 9.89) 2) ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย (β = 0.12, p value = 0.013) ความวิตกกังวล (β = 0.37, p value < 0.001) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (β = 0.28, p value < 0.001) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (β = -0.31, p value < 0.001) สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 69.6 (Adjusted R^2 = 0.696) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้พยาบาลสามารถประเมินความวิตกกังวลและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือชะลอการดำเนินของโรค

คำสำคัญ: ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย, ความวิตกกังวล, ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

---

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
**คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
Corresponding author; E-mail: Rapin.P@chula.ac.th.

Received: December 18, 2023 / Revised: August 09, 2024 / Accepted: November 10, 2024

Factors predicting fear of illness progression among patients with acute myocardial infarction

Chalinee Purinta*

Rapin Polsook**

Abstract

The objective of this predictive correlational research was to identify factors predicting fear of illness progression among patients with acute myocardial infarction. A purposive sampling was used to recruit 214 persons diagnosed with AMI from outpatient departments from 2 tertiary hospitals in the Bangkok Metropolitan Region. Data was collected using 9 questionnaires including: 1) Demographic data form 2) Coronary Artery Disease Education Questionnaire short version 3) Perceived chest pain questionnaire 4) Brief illness perception questionnaire 5) Fear of illness progression questionnaire - Short Form 6) Cardiac Anxiety 7) Uncertainty in illness 8) Social support questionnaire and 9) Self - efficacy questionnaire. Data were analyzed using multiple regression statistics.

The results were as follows: 1) Patients with acute myocardial infarction had a moderate fear of illness progression. (Mean = 36.92, SD = 9.89) 2) significant predictors of fear of illness progression among patients with acute myocardial infarction including illness perception (β = 0.12, p value = 0.013), anxiety (β = 0.37, p value < 0.001), uncertainty in illness (β = 0.28, p value < 0.001) and self-efficacy (β = -0.31, p value < 0.001). They could explain 69.6 of the fear of illness progression among patients with acute myocardial infarction. (Adjusted R^2 = 0.696, p-value < 0.05).

This study suggests that nurses can assess anxiety and develop a self-efficacy promotion program to reduce fear of illness progression in patients with acute myocardial infarction so that patients can adhere to the treatment plan and can change their behavior to reduce or delay the progression of the disease.

Keywords: fear of illness progression, anxiety, uncertainty in illness, acute myocardial infarction

---

*Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

**Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330 Thailand

Corresponding author; E-mail: Rapin.P@chula.ac.th.

Received: December 18, 2023 / Revised: August 09, 2024 / Accepted: November 10, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทยจากสถิติการเสียชีวิตในปีพ.ศ. 2562-2564 พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวนเท่ากับ 20,556, 21,309 และ 21,870 คน นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 จำนวน 326,946 คน เป็น 350,922 คน ในปีพ.ศ. 2564[1] แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจสูงถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ [1]

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามชีวิต มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลันเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 นาที[2] อาการเจ็บแน่นหน้าอกอาจมีอาการปวดร้าวไปที่แขนซ้าย คอ กราม หรือหลังได้ ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองด้านร่างกายร่วมกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก เช่น หายใจไม่สะดวก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น ส่วนการตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์เกิดจากเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะเกิดการตอบสนองของร่างกายโดยส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทลิมบิกบริเวณ อะมิกดะลาซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางอารมณ์ทำให้เกิดความรู้สึกความกลัว[3] และความไม่แน่นอน นอกจากนี้ความรู้สึกต่อประสบการณ์การเจ็บหน้าอกขึ้นอยู่กับภาวะที่ผู้ป่วยแต่ละคนเผชิญซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อม เดือน นิลพฤกษ์ [4] ที่พบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถเกิดความรู้สึกกลัวได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเนื่องจากจะต้องเผชิญกับอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็ว เกิดขึ้นทันทีทันใดและก่อให้เกิดความทรมานในผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว

จากการศึกษาของ Fait และคณะ[5] พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย มองว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่เป็นเพียงการเจ็บป่วยในอดีตแต่ยังเป็นภัยคุกคามในอนาคตส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามที่ผู้ป่วยเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยของตนเองได้ ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวว่าจะเสียชีวิต กลัวความปวด กลัวอาการกำเริบ กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อน กลัวการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวดังกล่าวเป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย[5, 6]

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากประสบการณ์การเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉียบพลันรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวอาการเจ็บหน้าอกกำเริบ รู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้น รู้สึกกลัวว่ายาที่ใช้รักษาโรคจะมีอันตรายต่อตนเอง รู้สึกกลัวเกี่ยวกับครอบครัวหากมีบางสิ่งเกิด

ขึ้นกับตนเอง รู้สึกกลัวว่าจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง การให้ความร่วมมือในการรักษา[7] ดังนั้น หากผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคได้[8] นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังคงมีการจัดการด้านอารมณ์อยู่ในระดับไม่ดีโดยผู้ป่วยบางรายไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมหรือเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมที่ออกแรงน้อยเนื่องจากกลัวอาการเจ็บหน้าอกกำเริบ โดยจะมีความรู้สึกกลัวว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ[9] และพบว่าผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกจะมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ตั้งแต่ 3 วันแรกไปจนถึง 6 เดือน[10] ซึ่งความรู้สึกกลัวดังกล่าวข้างต้นเป็นความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย[5, 6]

ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย หมายถึง ประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาซึ่งมีสาเหตุมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามที่เกิดขึ้น[11] นอกจากนี้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้นจากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตหรือความรู้สึกกลัวว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรค[12] โดยความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรม[5] ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม[6, 13] ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหมายถึงประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาเป็นความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยมากขึ้นหรือความรู้สึกกลัวว่าจะมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึ่งมีสาเหตุมาจากการตระหนักถึงการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยที่ผ่านมายังพบการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน เป็นต้น ในต่างประเทศพบ 1 การศึกษาของ Fait และคณะ[5] ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าความรู้ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบเพียง 1 การศึกษาของอุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพิณ ผลสุข[6] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม แต่ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการอธิบายโดยมีการนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการคัดเลือกตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพิ่มเติมเพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความ

เจ็บป่วยและข้อความรู้ที่ได้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลนำข้อค้นพบที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล และพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างมีเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือชะลอการดำเนินของโรค

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel[14] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยพบว่า ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของมิเชล[14] ในการคัดเลือกตัวแปรที่สอดคล้องกับทฤษฎี ดังนี้ ตัวแปรที่ได้จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ได้แก่ ความรุนแรงของโรคเป็นตัวแทนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli Frame) การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นตัวแทนของความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะส่งผลให้ประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาสซึ่งหากผู้ป่วยมีการประเมินว่าเป็นโอกาสดีจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี มองโลกในแง่ดี ทำให้ผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับตัวไปในทางบวกเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายก็จะปรับตัวต่อความเจ็บป่วยไปในทางลบ ส่งผลให้การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคได้ ทำให้เผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดีซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของมิเชลที่เป็นการปรับตัวทางด้านลบจึงทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาใช้เป็นตัวแปรที่จะศึกษา ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

วิถีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร โดยสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ได้ 2 โรงพยาบาลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction และ Non-ST elevation myocardial infarction ภายใน 6 เดือน อายุ 30 ปีขึ้นไป

2) ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปอดบวมน้ำเฉียบพลัน มีอาการช็อคในขณะติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจทดสอบ (Power of test) 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.2 เปิดตารางโคเฮน (Cohen, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่าง 194 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ได้กลุ่มตัวอย่าง 214 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 9 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และโรคประจำตัวร่วม

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ฉบับย่อ ของ Ghisi และคณะ[15] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยอัมพิกา อินทร์อยู่ และระพิณ ผลสุข[16] ประกอบด้วยความรู้ 5 ด้าน มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกตอบถูก ผิดและไม่ทราบ โดยคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คะแนน 0-5 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำมาก คะแนน 6-9 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ คะแนน 10-13 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 14-17 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนน 18-20 หมายถึง มีความรู้ระดับสูงมาก

3) แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกของเอื้อมเดือน นิลพฤกษ์[4] แบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ 1) แบบประเมินด้านความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก และ 2) แบบประเมินด้านความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอก ใช้มาตรวัดความรู้สึกแบบตัวเลขทั้ง 2 มิติ คำถามมีลักษณะให้เลือกตอบ (Numeric rating scale) ตั้งแต่ 0-10 โดยด้านซ้ายสุดจะตรงตำแหน่ง 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และด้านขวาสุดตรงตำแหน่ง 10 หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด รวมคะแนนทั้ง 2 ข้อ โดยคะแนนที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของอาการ

เจ็บหน้าอกและความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บหน้าอกมาก

4) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อของ Broadbent และคณะ[17] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร โสวัฒนางกูร[18] จำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ ประเมินการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและการรับรู้มโนภาพความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง 0-10 คะแนน โดยตรงปลายเส้นด้านซ้ายมือสุดคือ “0” กำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” และด้านขวามือสุดคือ “10” กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” ยกเว้นข้อ 9 เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6 และ 8 มีข้อคำถามในเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 3, 4 และ 7 การคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนนในข้อที่ 3, 4 และ 7 ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม ข้อที่ 9 ไม่นำมาคิดคะแนน คะแนน 8-31 หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย คะแนน 32-55 หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะคุกคามระดับปานกลาง คะแนน 56-77 หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะคุกคามระดับมาก

5) แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ ของ Mehnert และคณะ[7] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยดารา วงษ์กวน[19] จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เคย จนถึง 5 หมายถึง เป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน คะแนน 12-27.02 หมายถึง มีความรู้สึกกลัวในระดับน้อย คะแนน 27.03-46.81 หมายถึง มีความรู้สึกกลัวในระดับปานกลาง และคะแนน 46.45-60.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกกลัวในระดับมาก

6) แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจของ Eifert และคณะ[20] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยอัมพิกา อินทร์อยู่และระพิณ ผลสุข[16] ประกอบด้วยความวิตกกังวล 4 ด้าน จำนวนข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่เคยเลย ไปจนถึง 4 หมายถึง ทำเป็นประจำ คะแนนรวมคิดจากจำนวนคะแนนทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถาม คะแนน 0.00 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล คะแนน 0.01-1.00 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับต่ำไปจนถึง 3.01-4.00 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก

7) แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel[14] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย บุษบา สมใจวงษ์[21] จำนวนข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก “ไม่เห็นด้วยเลย” จนถึง “เห็นด้วยมาก” มีค่าคะแนน 1-5 คะแนน มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนเต็มรวม 115 คะแนน คะแนน 23-53 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ 54-84 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง 85-107 หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

8) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Sullivan และคณะ[22] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย เกื้อกูล โอพารวัฒน์[23] จำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่มั่นใจจนถึง 4 หมายถึง มั่นใจอย่างมากที่สุด คะแนนเต็ม 52 คะแนน คะแนน 0-17 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำคะแนน 18-34 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางคะแนน 35-52 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

9) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet และคณะ[24] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์[25] จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า 7 ระดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไปจนถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเต็ม 84 คะแนน คะแนน 12-36 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คะแนน 36.1-60 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนน 60.1-84 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.70, 1.00, 0.77, 0.83, 0.94, 0.91, 0.92 และ 1.00 ตามลำดับ

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีความตรงตามเนื้อหาทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70 แบบสอบถามการรับรู้อาการเจ็บหน้าอก ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) กับกลุ่มตัวอย่างเดิมห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของโรคฉบับย่อ แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71, 0.84, 0.80, 0.81, 0.84 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าแผนกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย และสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที ช่วงระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน 2566

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี เลขที่รับรอง 8/2566 และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เลขที่รับรอง IRBRTA0363/2566

กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความผิดปกติ ผู้วิจัยจะประสานกับพยาบาลในแผนกโดยเร็วที่สุด เพื่อให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-นามสกุล มีการปกปิดชื่อโดยใช้รหัสแทนชื่อ ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม และจะทำลายเอกสารทันทีที่การประเมินผลลัพธ์เสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ ตัวแปรทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองและเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 214 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 78.0) มีอายุเฉลี่ย 58.1 ปี (SD = 7.99) (ช่วงอายุ 30-77 ปี) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานะภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 64.0 มีระดับการศึกษาเกือบหนึ่งในสามอยู่ในระดับมัธยมคิดเป็นร้อยละ 29.0 มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 32.2 เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 43.9 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 41.0 มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วคิดเป็นร้อยละ 35.0 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมมากกว่าเท่ากับ 2 โรคขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 44.9

2. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 11.58, SD = 3.48) มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 13.15, SD = 5.94) มีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 52.65, SD = 12.92) มีความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.87, SD = 0.72) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 65.29, SD =16.09) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 25.36, SD = 9.18) มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 55.16, SD = 14.72) และมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 36.92, SD = 9.89) ดัง Table 1

Table 1 Descriptive statistics of variables (n = 214)

Variables	Median	Min	Max	Mean	SD	Level
Knowledge	12.00	3.00	20.00	11.58	3.48	moderate
Perceived chest pain	12.50	0.00	20.00	13.15	5.94	moderate
Illness Perception	55.00	8.00	77.00	52.65	12.92	moderate
Anxiety	1.89	0.56	3.22	1.87	0.72	moderate
Uncertainty in Illness	68.00	23.00	107.00	65.29	16.09	moderate
Self-efficacy	23.50	9.00	52.00	25.36	9.18	moderate
Social Support	56.0	12.00	84.00	55.16	14.72	moderate
Fear of illness progression	39.0	16.00	57.00	36.92	9.89	moderate

3. ปัจจัยทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย (β = 0.12, p value = .013) ความวิตกกังวล (β = 0.37, p value < .001) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (β = 0.28, p value < .001) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (β = -0.31, p value < .001) สามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ดัง Table 2

Table 2 Factors predicting fear of illness progression in patients after acute myocardial infarction (n=214)

	Unstandardized Coefficients		standardized Coefficients		
Model	B	$S.E._b$	Beta	t	p-value
(Constant)	19.78	3.89		5.07	<.001
Self-efficacy	-0.33	0.06	-0.31	-5.63	<.001
Anxiety	5.05	0.58	0.37	8.66	<.001
Uncertainty in Illness	0.17	0.03	0.28	5.86	<.001
Illness Perception	0.09	0.04	0.12	2.51	0.01
R = .837 R^2 = .701, Adjusted R^2 = .696, S.E.est = 5.460, p < 0.05					

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวล (β = 0.37, p value < 0.001) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (β = -0.31, p value < 0.001) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (β = 0.28, p value < 0.001) และการรับรู้ความเจ็บป่วย (β = 0.12, p value = 0.013) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 69.6 (Adjusted R^2 = 0.696) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะคุกคามต่อชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตโดยผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะส่งผลให้มีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย[26] ความวิตกกังวลจึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ (β = 0.37, p value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fait และคณะ[5] ที่ศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าความวิตกกังวลมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยลดลง โดยผู้ป่วยจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านการควบคุมอาการ เช่น มีความมั่นใจว่าสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้ด้วยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมและการใช้ยา มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ เช่น มีความมั่นใจว่าสามารถใช้ยาโรคหัวใจได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมทั่วๆ ไปได้ และมีความมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้มากเท่าที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง[22] การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ (β = -0.31, p value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยวรรณ ปัทมานุช และระพิณ ผลสุข[6] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเจ็บป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยได้ ประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ (β = 0.28, p value < 0.001)

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตจะมีการรับรู้การเจ็บป่วยและให้ความหมายของการเจ็บป่วยจากประสบการณ์เรียนรู้ ความคิด ความเข้าใจ ทัศนคติ และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าความเจ็บป่วยมีผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิตส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยจึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้ (β = 0.12, p value = 0.013) สอดคล้องกับการศึกษาของดารา วงษ์กวน[19] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในทางบวกจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเนื่องจากเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับสูงคือตั้งแต่ระดับอนุปริญญาถึงระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.9 มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่าเท่ากับ 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 44.9 มากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วคิดเป็นร้อยละ 35.0 เกือบหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเคยดื่มสุราแต่เลิกแล้วคิดเป็นร้อยละ 32.5 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่กำลังเผชิญอยู่ อาจส่งผลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับสูงจะเข้าใจข้อมูลและรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพและสื่อต่าง ๆ ได้ดี ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงทราบวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกได้ และจากการศึกษาพบว่าบางรายไม่ได้มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกแต่มาด้วยอาการแสดงอย่างอื่นแทน เช่น หมดสติ เหนื่อยเวลาออกแรง หายใจไม่ออก นอนราบไม่ได้ ใจสั่น เวียนศีรษะและหน้ามืด เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลต่อคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านความรุนแรงของอาการและด้านความทุกข์ทรมานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ เนื่องจากมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.4 มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมี

สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 64.0 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นอย่างดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพร้อมเผชิญกับภาวะเครียด[27] นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และบุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัว เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลนำปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย

2. ด้านการศึกษาพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการสอนนักศึกษาโดยนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำ และพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อลดความรู้สึกกลัวความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือชะลอการดำเนินของโรค

References

1. Ministry of Public Health. Public Health Statistics 2021 [Internet]. [cited 2023 October 16]. Available from: https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf. (in Thai).
2. Heng Rasami K. Acute coronary syndrome critical care standards 2017. Bangkok: Sukuvit printing co., ltd; 2017. (in Thai).
3. Hanjon J. Brain & Emotion: A Miracle Connection. Ratchaphruek Journal. 2015;13(3):1-19. (in Thai).
4. Nilpruk U. A Study of Post-traumatic Stress in Patients after Acute Myocardial Infarction. Royal Thai Navy Medical Journal. 2561;45(2):289-310. (in Thai).
5. Fait K, Vilchinsky N, Dekel R, Levi N, Hod H, Matetzky S. Cardiac-disease-induced PTSD and Fear of illness progression: Capturing the unique nature of disease-related PTSD. Gen Hosp Psychiatry. 2018;53:131-8. doi:10.1016/j.genhosppsych.2018.02.011.
6. Pattamanuch U, Polsook R. Selected factors relating to fear of illness progression among patients with first

diagnosis of acute myocardial infarction. Royal Thai Navy Medical Journal. 2022;49(1):150-66. (in Thai).

7. Mehnert A, Herschbach P, Berg P, Henrich G, Koch U. Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen--Validierung der Kurzform des Progredienzangstfragebogens PA-F-KF [Fear of progression in breast cancer patients--validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF)]. Z Psychosom Med Psychother. 2006;52(3):274-88. German. doi: 10.13109/zptm.2006.52.3.274. PMID: 17156600.
8. Messerli-Burgy N, Molloy GJ, Poole L, Wikman A, Kaski JC, Steptoe A. Psychological coping and recurrent major adverse cardiac events following acute coronary syndrome. Br J Psychiatry. 2015;207(3):256-61. doi: 10.1192/bjp.bp.114.154419.
9. Phaisantum P. Experiences of lifestyle modification among patients with acute myocardial infarction post Coronary stent placement. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2561;29(1):96-109. (in Thai).
10. Iles-Smith H, Deaton C, Campbell M, Mercer C, McGowan L. The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. J Clin Nurs. 2017;26(21-22):3511-8. doi: 10.1111/jocn.13715.
11. Shim EJ, Lee JW, Min YH. Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? Psychooncology. 2018;27(2):539-47. doi: 10.1002/pon.4532.
12. Dinkel A, Herschbach P. Fear of progression in cancer patients and survivors. Recent Results Cancer Res. 2018;210:13-33. doi: 10.1007/978-3-319-64310-6_2.
13. Dinkel A, Marten-Mittag B, Kremsreiter K. Association between daily worry, pathological worry, and fear of progression in patients with cancer. Front Psychol. 2021;12:648623. doi: 10.3389/fpsyg.2021.
14. Mishel MH. Uncertainty in illness. Image J Nurs Sch. 1988;20(4):225-32. doi: 10.1111/j.547-5069.1988.tb00082.x.
15. Ghisi GLdM, Sandison N, Oh P. Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. Patient Educ Couns. 2016;99(3):443-7. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.002.
16. Inyoo A, Polsook R. Validity and reliability of the Thai version of the cardiac anxiety questionnaire-revised among Thai cardiac patients. JHSMR. 2022;40(4):607-15.
17. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res. 2006;60(6):631-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
18. Sowattanangoon N, Kotchabhakdi N, Petrie KJ. The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. Diabetes Res Clin Pract. 2009;84(3):245-51.
19. Wongkuan D. Factors predicting sleep disturbances in acute myocardial infarction survivors. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai).
20. Eifert GH, Thompson RN, Zvolensky MJ, Edwards K, Frazer NL, Haddad JW, et al. The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity.

Behav Res Ther. 2000;38(10):1039-53. doi: 10.16/s0005-7967(99)00132-1.

21. Somjaivong B. The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. [Dissertation of Doctor Of Philosophy]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
22. Sullivan MD, LaCroix AZ, Russo J, Katon WJ. Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. Psychosom Med. 1998;60(4):473-8. doi: 10.1097/00006842-199807000-00014.
23. Olanwat K. Selected factors related to depression on patients with acute coronary syndrome, Hospital. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai).
24. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess. 1988;52(1):30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2.
25. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. Span J Psychol. 2012;15(3):1503-9.
26. Sharpe L, Michalowski M, Richmond B, Menzies RE, Shaw J. Fear of progression in chronic illnesses other than cancer: a systematic review and meta-analysis of a transdiagnostic construct. Health Psychol Rev. 2022:1-20. doi: 10.1080/17437199.2022.2039744.
27. Dinkel A, Herschbach P. Fear of progression. Psycho-oncology. 2014;197:11-29. doi: 10.1007/978-3-642-40187-9_2.

ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟารินและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว

เมตตา สุวรรณพรม*
สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง**
จันทร์สุดาพรรณ บุญธรรม***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินชนิดรับประทานครั้งแรกจำนวน 30 คน เครื่องมือประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟาริน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบค่าที (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาเสนอแนะให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สามารถเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในครั้งแรกได้

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์, ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน, ความวิตกกังวล, ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว

*ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300
**คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300
Corresponding author; E-mail: surinrat.bau@nmu.ac.th
***คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

Received: December 11, 2023 / Revised: August 12, 2024 / Accepted: December 20, 2024

Effects of Information provision using video media on knowledge about warfarin therapy and anxiety in patients with Atrial fibrillation

Mateta Suwannaprom*
Surinrat Baurangtheinthong**
Jansudaphan Boontham***

Abstract

This study aimed to compare knowledge and anxiety-related warfarin use in patients with atrial fibrillation before and after informed provision by using video media. This study was a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest design. The sample of this study was 30 patients with atrial fibrillation receiving first-time oral warfarin therapy. The instruments of this study included video media about warfarin use. The data was collected using a demographic questionnaire, the questionnaire for taking anticoagulant drugs knowledge, and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The data was analyzed using descriptive and paired t-tests.

The study results revealed that after joining the program, the patients with atrial fibrillation had a mean score of knowledge about warfarin therapy higher than before receiving the program ($p< 0.05$). After receiving the program, they had a mean score of anxiety-related warfarin use lower than before receiving the program ($p<0.05$).

The results of the study indicate that public health personnel educated patients via video, media can increase knowledge and decrease anxiety in patients with atrial fibrillation who are initiating oral warfarin medication for the first time.

keywords: video media, knowledge about warfarin therapy, anxiety, atrial fibrillation

*Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Khet Dusit, Bangkok, 10300
**Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. Khet Dusit, Krung, Bangkok, 10300
Corresponding Author; E-mail: surinrat.bau@nmu.ac.th
***Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. Khet Dusit, Krung, Bangkok, 10300

Received: December 11, 2023 / Revised: August 12, 2024 / Accepted: December 20, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation: AF) เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบได้บ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ[1] อีกทั้งเป็นภาวะความผิดปกติที่ทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากเหตุการณ์การเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic event) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) และเสียชีวิตเฉียบพลัน (Sudden cardiac death) ซึ่งทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย[2] ในประเทศไทยพบความชุกของการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว ร้อยละ 0.36 ในประชากรที่อายุมากกว่า 30 ปี และจากรายงานจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว ที่เข้ารับการรักษาในคณะแพทยศาสตร์วชิระพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่าง ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 1,851, 1,833 และ 1,866 ราย ตามลำดับ ส่วนแผนกผู้ป่วยใน ระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 -2565 มีจำนวน 1,035, 1,026 และ 1,234 ราย ตามลำดับ แสดงถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น การรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วย

แนวทางการรักษาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วมีหลายวิธี[3] เช่น การใช้ยาเพื่อควบคุมอัตราหรือจังหวะการเต้นของหัวใจให้อยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะ การทำการรักษาด้วยคลื่นวิทยุความถี่สูง (Radiofrequency ablation) เพื่อตัดวงจรไฟฟ้าผิดปกติในหัวใจห้องบนหรือใช้วิธีการผ่าตัดรักษา นอกจากนี้ยังมีการใช้ยารับประทานเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหัวใจห้องบนเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันในหลอดเลือดตามอวัยวะสำคัญส่วนอื่นของร่างกาย[3] ซึ่งยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่ยังเป็นมาตรฐานในการใช้รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว คือยาวาร์ฟาริน (Warfarin)

วาร์ฟารินเป็นยาสำหรับใช้เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด (Thromboembolism) จัดอยู่ในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการแข็งตัวของเลือด คือ vitamin K-dependent coagulation factors ในร่างกาย ได้แก่ factor II, VII, IX และ X โดยการยับยั้งกระบวนการผันกลับของวิตามินเคมาใช้ใหม่ (Cyclic interconversion) และมีผลยับยั้งการเปลี่ยนกลับของ vitamin K epoxide ทำให้ร่างกายขาดสารแข็งตัวของเลือดตัวที่ II, VII, IX และ X ทำให้เลือดแข็งตัวช้าอีกทั้งยังส่งผลให้การทำงานของปัจจัยการแข็งตัวของเลือดผิดปกติไป จากการจำกัดกระบวนการ vitamin K-dependent carboxylation ซึ่งเป็นปฏิกิริยาการเติมหมู่คาร์บอกซิล ให้แก่ protein C และ protein S ยาวาร์ฟารินมีดัชนีการรักษาที่แคบ (Narrow therapeutic index) และเหมาะสมในแต่ละภาวะซึ่งมีความแตกต่างกันในข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละโรค จึงทำให้การปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเพื่อให้ค่า International Normalized Ratio (INR) อยู่ในเป้าหมายเป็นไปได้ยาก หากมีการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมระหว่างใช้ยาอาจส่งผลต่อการรักษาและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ โดยปกติของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยต้องรับการติดตามผลการรักษาด้วยค่า International Normalized Ratio (INR) ซึ่งค่า INR ที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วที่รับประทานยาวาร์ฟาริน ควรมีค่า INR อยู่ในระดับ 2.5±0.5[4] นอกจากการติดตามผลการรักษาด้วย

ค่า INR แล้ว ควรมีการติดตามและประเมินอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse drug reactions) ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาวาร์ฟารินร่วมด้วย ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับค่า INR ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟารินโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ หากค่า INR น้อยกว่า 2 มักมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด และหากได้ค่าสูงเกิน 3 อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติได้[5]

จากการศึกษาของ สาวิตรี ทองอาภรณ์[6] พบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 69 รายมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟารินใน 1 ปี ร้อยละ 24.9 โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง คือการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารและเลือดออกในสมอง สาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการตอบสนองของยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยแต่ละราย เป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ ภาวะสุขภาพหรือโรคร่วมของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีปริมาณวิตามินเคสูง การเกิดอันตรกริยา (Interaction) กับยาชนิดอื่นๆ ที่ร่วมรับประทาน รวมถึงการขาดความร่วมมือในการใช้ยาจากผู้ป่วย เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินเป็นครั้งแรก สะท้อนให้เห็นว่า การมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการตัดสินใจและมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยจะมีความสำคัญต่อผลการรักษาและการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความทุกข์ทางใจ ความรู้สึกวิตกกังวล จากการใช้ยาวาร์ฟาริน ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อจิตใจ ได้แก่ ภาวะโรคร่วมและระยะเวลาในการใช้ยาวาร์ฟาริน ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย[7] จากการศึกษาโดยการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนฉีดสีสวนหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยการให้ความรู้ร่วมกับวีดิทัศน์ เทียบกับกลุ่มที่ให้การพยาบาลปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว[8] อีกทั้งยังพบว่าความวิตกกังวลหรือการมีความเครียดที่สูงเป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะผิดปกติทางหัวใจหรือมีหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วและได้รับการพิจารณาในการรักษาด้วยการรับประทานยาวาร์ฟาริน ซึ่งเป็นกลุ่มยาความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาจมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ความซับซ้อนของพยาธิสภาพและการรักษาที่ยากต่อความเข้าใจ อีกทั้งความคลุมเครือในข้อมูล รู้สึกไม่กระจ่างจากข้อมูลที่ได้รับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาครั้งแรกต้องมีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตและปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการเจ็บป่วย ขณะใช้ยาอาจมีอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาวาร์ฟาริน ทั้งชนิดไม่รุนแรง (Minor bleeding) และรุนแรง (Major bleeding) ที่รวมถึงการเกิดเลือดออกที่มีนัยสำคัญ (Significant bleeding) และการเกิดเลือดออกที่มีผลต่อชีวิต (Life-threatening bleeding)[9]

ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการให้คำแนะนำและให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาวาร์ฟาริน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาความเสี่ยงสูงดังกล่าว อีกทั้งลดความวิตกกังวลที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยได้ เพราะขณะที่มีความวิตกกังวลมีผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของยาวาร์ฟารินที่ลดลง ส่งผลให้ค่า INR สูงขึ้น[10]

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรายบุคคลโดยแพทย์ เจ้าหน้าที่วิชาการเภสัช และพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลความรู้ประกอบกับการใช้เอกสารแผ่นพับ มีเนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับยาวาร์ฟาริน ประโยชน์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เป็นต้น การให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจนั้นเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องใช้ความรู้ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาที่ถูกต้อง และปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและญาติ แต่เนื่องด้วยความเร่งรีบในการทำงาน การมีภาระงานที่มาก หรือความแตกต่างกันของประสบการณ์และความรู้ของพยาบาล อาจส่งผลต่อการนำเสนอเนื้อหาที่ผู้ป่วยควรได้รับ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาสื่อการสอนเพื่อให้เกิดความน่าสนใจ สนับสนุนการเรียนรู้ของผู้ป่วย และสร้างความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับ สามารถเรียนรู้เปิดดูได้ซ้ำๆ อย่างไม่จำกัด อีกทั้งมุ่งหวังในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ที่สามารถช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระงานทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว ที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินได้อย่างมีประสิทธิผล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา และลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult learning) ของโนลส์[11] เป็นการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองได้เน้นที่ความเป็นอิสระส่วนบุคคล และความรับผิดชอบตนเองในการเรียนรู้ในรูปแบบการใช้บทเรียนสำเร็จรูป (Individualized Program Instruction) ร่วมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรม กำหนดสื่อวีดิทัศน์เป็นสิ่งเร้าตามกระบวนการเรียนรู้ที่สร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย โดยกำหนดเนื้อหาในสื่อวีดิทัศน์ที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ มีความจำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเฉพาะราย และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยผ่านอวัยวะรับสัมผัสทางตาและหู ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการรับรู้ข้อมูล มีการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์สิ่งเร้าและเกิดกระบวนการเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองในรูปของความรู้และการปฏิบัติตัว การตัดสินใจ เพื่อการดูแลตนเองที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดอันตรายจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาวาร์ฟารินได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว โดยวัดก่อนและหลังการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และความวิตกกังวลในการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว (The one group pretest-posttest design)

ประชากร ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินชนิดรับประทานครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินชนิดรับประทานครั้งแรก ซึ่งเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในทางอายุรกรรม จำนวนทั้งสิ้น 6 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C, 4A, 12B, 13B, 14B และ 15B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์ อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติ t-test เป็น 1 กลุ่ม ก่อนและหลัง เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญ (ค่า α) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 ราย จากการคำนวณโปรแกรม G* Power 3.1[12] และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วและได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินชนิดรับประทานครั้งแรก และไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาวาร์ฟารินมาก่อน

2. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี ความรู้คิดดี มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ สามารถจัดยารับประทานเองได้เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

6. ไม่มีปัญหาการมองเห็นหรือการได้ยิน

7. มีอุปกรณ์สื่อสารเพื่อเปิดสื่อวีดิทัศน์ เช่น สมาร์ตโฟน แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ โน็ตบุ๊คส์ เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางสุขภาพจิต ได้แก่ จิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น

2. ค่า INR มากกว่า 3.0

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว ความยาว 10 นาที จัดทำโดยผู้วิจัยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและผลกระทบของโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้ว การรักษา โดยเฉพาะการรักษาที่สำคัญ คือ การใช้ยาวาร์ฟารินชนิดรับประทาน คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล ดังนี้

1.1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ยาที่ใช้ร่วมและการมีผู้ดูแล

1.2 แบบสอบถามความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด พัฒนาโดยพรรณี ไพศาลทักษิน และคณะ[13] มีข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 และ[13] โดยให้คะแนน 1 คะแนนเมื่อตอบว่า ใช่ และ 0 คะแนน เมื่อตอบ ไม่ใช่ สำหรับข้อคำถามเชิงลบมีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 10, 11, 12, 14 และ 15 โดยกำหนดการให้คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่าไม่ใช่ และ 0 คะแนน เมื่อตอบ ใช่ คะแนนเต็มเท่ากับ 15 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน โดยกำหนดระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (11-15 คะแนน) ปานกลาง (6-10 คะแนน) และต่ำ (0-5 คะแนน)

คุณภาพของเครื่องมือ ผู้พัฒนาได้ตรวจสอบค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.64

1.3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญสร้างขึ้นโดยสปิลเบอร์เกอร์และคณะ มีชื่อเรียกว่า The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) เรียกว่าแบบ X-I (A – State Scale) และแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี และคณะ (2526)[14] เป็นแบบประเมินที่ใช้แพร่หลาย ใช้วัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ๆ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิต 4 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด จำนวน 20 ข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,2,5,8,10,11,15,16,19 และ 20 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,6,7,9,12,13,14,17 และ 18 การให้คะแนน ข้อความที่แสดงความหมายเชิงบวก มากที่สุด (1 คะแนน) ค่อนข้างมาก (2 คะแนน) มีบ้าง (3 คะแนน) ไม่มีเลย (4 คะแนน) ข้อความที่แสดงความหมายเชิงลบ มากที่สุด (4 คะแนน) ค่อนข้างมาก (3 คะแนน) มีบ้าง (2 คะแนน) และไม่มีเลย (1 คะแนน) คะแนนความวิตกกังวลแต่ละตอนเป็นคะแนนรวมจากแบบวัดซึ่งมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน คะแนนต่ำ แสดงว่ามีวิตกกังวลน้อย คะแนนสูง แสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก มีการแบ่งคะแนนความวิตกกังวลเป็น 3 ช่วงคือ ระดับต่ำ (20-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41- 60 คะแนน) และระดับสูง (61-80 คะแนน)

คุณภาพของเครื่องมือ ลดาวัลย์ อาจหาญ[15] ได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องโดย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ภายหลังจากทำสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการนำสื่อไปทดลองใช้

2. แบบสอบถามความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้นำไปประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินใน Clinic warfarin จำนวน 30 ราย ได้ค่า KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.86

3. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ เมื่อได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยจะทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยถึงขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ตลอดจนเตรียมผู้ช่วยประสานงาน จำนวน 6 คน โดยผู้ประสานงานมีบทบาทในการช่วยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า-ออก และแจ้งแก่ผู้วิจัยให้ทราบ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ให้กลุ่มตัวอย่างดูสื่อวีดิทัศน์และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. ขั้นการทดลอง

2.1 เมื่อพบผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วที่แพทย์พิจารณาให้การรักษาโดยการรับประทานยาวาร์ฟารินครั้งแรก ภายหลังที่ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลในการรักษาและความจำเป็นในการรับประทานยาจากแพทย์แล้วได้ทำการลงชื่อในใบยินยอมรับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงทำการลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้เริ่มทำแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรมฯ แล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับชมสื่อวีดิทัศน์ที่เตรียมไว้ โดยใช้เวลา 10 นาที ผ่านอุปกรณ์สื่อสารคือคอมพิวเตอร์พกพา (Tablet) ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลจากสื่อวีดิทัศน์ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมฯแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในข้อคำถาม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตอบข้อซักถามและอธิบายโดยไม่ชักนำคำตอบให้ โดยทั่วไปจะใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมดตลอดการทำวิจัยครั้งละ 30-45 นาที

2.4 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมฯ ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก สุดท้ายผู้วิจัยมอบสื่อวีดิทัศน์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อสามารถนำไปรับชมซ้ำได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในรูปแบบของการสแกนคิวอาร์โคด (QR Code) และนัดหมายติดตามหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 เดือน ทางโทรศัพท์ พร้อมกับตอบแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมฯ 1 เดือน

2.5 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จนครบตามกำหนด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

2.6 ภายหลังจบโครงการวิจัยแล้ว อาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยยังคงได้รับการดูแลใน

รูปแบบปกติ โดยเข้าร่วมกับ warfarin clinic ของโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (No.154/62) ลงวันที่ 9 เมษายน 2563 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ ในระหว่างเข้าร่วมโครงการฯ กลุ่มตัวอย่างเกิดความผิดปกติ ผู้วิจัยจะประสานกับพยาบาลในแผนกโดยเร็วที่สุดเพื่อให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผย ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม และจะทำลายเอกสารทันทีที่การประเมินผลลัพธ์เสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ จำนวนและร้อยละของเพศ ระดับการศึกษา โรคร่วม ยาที่ใช้ร่วม การมีผู้ดูแลความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ความวิตกกังวล และจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ตัวอย่างมีการสุ่มและทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังด้วย Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 65.8 ± 15.0 ปี และครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70 มีรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 93.3 และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 36.7 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.3 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 43.3 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 30.0 กลุ่มตัวอย่างมียาที่ใช้ร่วมกับยาวาร์ฟาริน ร้อยละ 90 และมีผู้ดูแล ร้อยละ 63.3

2. ผลเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เฉลี่ย 9.83 ± 1.64 คะแนน และ 13.63 ± 1.03 คะแนน ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มากกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เฉลี่ย 67.62 ± 11.95 คะแนน และ 28.07 ± 6.41 คแนน ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์น้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงใน Table 1

Table 1 Comparison of the mean score of knowledge about Warfarin therapy and anxiety divided with Pre and post-test **(n=30)**

Variables	Pre test		Post test		*t*	p-value (One tail)
	Mean	SD	Mean	SD		
Knowledge about Warfarin therapy	9.83	1.64	13.63	1.03	10.553	<0.001
Anxiety	67.62	11.95	28.07	6.41	-12.939	<0.001

นอกจากนี้ยังพบว่า ก่อนได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ มีระดับความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 และหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ มีระดับความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินในระดับสูง ร้อยละ 96.7 โดยระดับความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และก่อนได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ มีระดับความวิตกกังวลในระดับสูง ร้อยละ 73.4 และหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ มีระดับความวิตกกังวลในระดับต่ำ ร้อยละ 93.4 โดยระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงใน Table 2

Table 2 Comparison of the mean score of knowledge about Warfarin therapy and anxiety divided with Pre and post-test next 1 month **(n=30)**

Variables	Pre test		Posttest 1 month		*t*	p-value (One tail)
	Mean	SD	Mean	SD		
Knowledge about Warfarin therapy	9.83	1.64	13.73	0.78	-12.21	<0.001
Anxiety	67.62	11.95	48.17	1.34	-6.86	<0.001

หลังการติดตามผู้ป่วย 1 เดือนหลังจำหน่าย พบว่า มีระดับความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินในระดับสูง ร้อยละ 96.66 และมีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินและระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ระหว่างก่อนและหลังจำหน่าย 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ยังมีความสามารถในการเรียนรู้ และการจดจำที่ดี ส่วนวีดิทัศน์มีระยะเวลาไม่นาน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจได้ดี สอดคล้องกับศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบีย[16] ที่ศึกษาผลของใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้การรับประทานยาวาร์ฟาริน ในระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความรู้หลังได้รับข้อมูลมากกว่าก่อนได้รับความรู้ และอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ดี มีขั้นตอนและวิธีการในการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี จึงเกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและเจตคติที่ต้องการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษา และช่วงอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้มีทักษะในการเรียนรู้ มีความรู้ความเข้าใจได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ferguson และคณะ[17] ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว ไม่ว่าจะในรูปแบบการประชุมทางไกลผ่านทางจอภาพ (Video conference) หรือทางโทรศัพท์ ที่เป็นรูปแบบตัวต่อตัว และมีสื่อการสอนเป็นมัลติมีเดียส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ในผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจและเรียนรู้ได้มากขึ้น เนื่องจากมีแรงสนับสนุนในการเรียนรู้

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วระหว่างก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แตกต่างกัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของธาวินี ช่วยแท่ง[18] ในการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาและการจัดการอุปสรรคในการรับประทานยาได้ดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ โดยกระบวนการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการใช้สื่อวีดิทัศน์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ กล่าวได้ว่าวีดิทัศน์สามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอน ในรูปแบบของการทดลอง หรือการสาธิต โดยเฉพาะในด้านของการส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องจึงเชื่อว่าสื่อวีดิทัศน์ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพต่อการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถจัดยารับประทานเอง และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลังได้รับข้อมูลจึงสามารถวางแผนจัดการบริหารการรับประทานยาด้วยตนเองได้ กล่าวได้ว่ารูปแบบการให้ความรู้โดยสื่อวีดิทัศน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับประทานยาวาร์ฟารินในครั้งแรกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อควบคุมความวิตกกังวลสอดคล้องกับการศึกษาของ Bauman และคณะ[19] ในการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินทางวีดิทัศน์ออนไลน์ พบว่าคะแนนความวิตกกังวลลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับความรู้ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในเกณฑ์ได้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาหลังจากติดตามหลังการจำหน่าย 1 เดือน พบว่าระดับวิตกกังวล

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมากจากเป็นการสื่อสารทางเดียว เมื่อมีข้อสงสัยและซักถามข้อสงสัย บางครั้งอาจไม่ได้ข้อมูล อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจได้ เมื่อต้องนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปใช้ในการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์จริง และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการรับประทานยาวาร์ฟารินของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดห้องบนสั่นพลิ้วระหว่างก่อนหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องกลุ่มตัวอย่างได้รับยาวาร์ฟารินเป็นครั้งแรกและยังไม่มีประสบการณ์ในการรับประทานยา อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจการรับประทานยาจากสื่อวีดิทัศน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษามากมายในต่างประเทศ ที่พบว่าการให้ความรู้ทางวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิก ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการรักษา สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจต่อการรักษา[20]

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าการให้ข้อมูลที่เป็นสื่อวีดิทัศน์ ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาในสถานการณ์และแก้ปัญหาได้อย่างมีเหตุผล เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ สามารถวางแผนการดูแลตนเองได้ จึงทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และสามารถดูแลตนเองได้มั่นใจมากขึ้น จึงเป็นแนวทางสามารถนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาวาร์ฟารินที่มีความเสี่ยงสูงนี้ได้ดี ร่วมกับการติดตามการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังนี้เป็นระยะๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ประจำ Warfarin clinic หอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือหอผู้ป่วยหนัก สามารถใช้สื่อวีดิทัศน์ความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟาริน ในการสอนและแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เพื่อเตรียมความรู้และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงควรให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับยาวาร์ฟารินร่วมด้วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาวาร์ฟาริน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันกับผู้ป่วยนอกและในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีการใช้ยาวาร์ฟารินเช่นกัน เพื่อขยายผลการศึกษาให้สามารถอ้างอิงไปสู่ประชากรได้มากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อศึกษาซ้ำเกี่ยวกับผลของความรู้ และความวิตกกังวล เพื่อขยายองค์ความรู้และส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟารินที่ยั่งยืน

References

1. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, Singh D, Rienstra M, Benjamin EJ, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. Circulation. 2014 Feb 25;129(8):837-47. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005119.
2. Writing Group Members; Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update: a

report from the American Heart Association. Circulation. 2016;133(4):e38-e360. doi: 10.1161/CIR.0000000000000350.

3. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Clinical practice guidelines for the care of patients with atrial fibrillation (AF) in Thailand. Bangkok: Sri Muang Printing; 2012. (in Thai).
4. Chan NY, Orchard J, Agbayani MJ, Boddington D, Chao TF, Johar S, et al. 2021 Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS) practice guidance on atrial fibrillation screening. J Arrhythm. 2021 Dec 28;38(1):31-49. doi: 10.1002/joa3.12669.
5. Gurwitz JH. Warfarin in complex older patients: have we reached a tipping point? J Am Geriatr Soc. 2017 Feb;65(2):236-237. doi: 10.1111/jgs.14747.
6. Thongarporn S. Prevalence of Adverse Drug Reactions and Factors Affecting Bleeding from Warfarin Usage in Southern Thai Patients [Thesis of Master Degree of Pharmacy]. Songkla: Prince of Songkla University; 2012. (in Thai).
7. Hizlinda T, Mirah P, Saharuddin A, Aini SS, Teh RJ, Zuhra H. Self-care activities among patients with type 2 diabetes mellitus in Penampang, Sabah and its association with depression, anxiety and stress. MJPHM [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2024 Jan 1];19(1):117-25. Available from: https://mjphm.org/index.php/mjphm/article/view/.
8. Thammasorn O, Karakate C, Keawsa-ard S. Effect of preparatory pre-operative coronary angiography with Chiangham one stop service-two care program on the knowledge, anxiety, satisfaction and cost of service in valvular heart disease patients undergoing the anticoagulant drug. J Health Sci. 2017;26(6):1093-102. (in Thai).
9. Salmasi S, Kapanen AI, Kwan L, Andrade JG, De Vera MA, Loewen P. Atrial fibrillation patients' experiences and perspectives of anticoagulation therapy changes. Res Social Adm Pharm. 2020 Oct;16(10):1409-15. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.01.004.
10. von Känel R. Stress-Induced Hypercoagulability: insights from epidemiological and mechanistic studies, and clinical integration. Semin Thromb Hemost. 2024 Jun 24. doi: 10.1055/s-0044-1787660. Epub ahead of print. PMID: 38914118.
11. Knowles MS. Self-directed learning: A neglected species. 3rd ed. Houston: Gulf Publishing Co; 1984.
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149-60.
13. Paisarntuksin P, Khumngeon A, Yanachai J, Khenhong N. Relationship between knowledge, social support and self-management in atrial fibrillation patients receiving anti-coagulants. J Nurs Health Res. 2018;19(2):49-58. (in Thai).
14. Lertluechachai N. Effects of rational emotive therapy on test anxiety of secretarial students. [Thesis of Master of Education]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1989. (in Thai).
15. Atharn S. Effects of providing preparatory information on anxiety in patients undergoing abdominal surgery [Thesis of Master of Nursing Science]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2002.
16. Shilbayeh SAR. The Impact of a Pharmacist-led Warfarin Educational Video in a Saudi Setting. J

Pharm Bioallied Sci. 2020 Oct-Dec;12(4):413-22. doi: 10.4103/jpbs.JPBS_188_20.

17. Ferguson C, Hickman LD, Lombardo L, Downie A, Bajorek B, Ivynian S, et al. Educational needs of people living with atrial fibrillation: a qualitative study. J Am Heart Assoc. 2022 Aug 2;11(15):e025293. doi: 10.1161/JAHA.122.025293.
18. Chuaytaen T, Ua-KitSongklanagarind N. The effect of promoting perceived benefits and perceived barriers program on medication adherence of myocardial infarction patients who underwent percutaneous coronary intervention. J Nurs. 2016;36(3):56-75. (in Thai).
19. Bauman ME, Hellinger A, Pluym CV, Bhat R, Simpson E, Mehegan M, et al. Online KidClot education for patients and families initiating warfarin therapy: The eKITE study. Thromb Res. 2022 Jul;215:14-18. doi: 10.1016/j.thromres.2022.05.003.
20. McNaughton CD, Cawthon C, Kripalani S, Liu D, Storrow AB, Roumie CL. Health literacy and mortality: a cohort study of patients hospitalized for acute heart failure. J Am Heart Assoc. 2015 Apr 29;4(5):e001799. doi: 10.1161/JAHA.115.001799.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์*
อมรรัตน์ นธะสนธิ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 52 คน ที่รับการรักษาโดยการรับประทานยาลดความดันโลหิต ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งกลุ่มที่ศึกษาออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 26 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในทั้งสองกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาที่พัฒนาโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา แอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยา และแนวทางการใช้แอปพลิเคชันไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ไคสแควร์ สถิติทดสอบที สถิติทดสอบวิลคอกซัน และสถิติทดสอบแมนวิทนีย์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยทำให้บุคลากรสุขภาพได้โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา ช่วยผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: การรับประทานยา, แอปพลิเคชัน, โรคความดันโลหิตสูง, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190.
Corresponding author; E-mail: somluk.t@ubu.ac.th
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190.

Received: January 31, 2024 / Revised: July 24, 2024 / Accepted: August 20, 2024

The effect of medication adherence promoting program and medication taking knowledge application on medication adherence behavior among hypertensive patients

Somluk Tepsuriyanont*

Amornrat Natason**

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a medication adherence promotion program coupled with a medication-taking knowledge mobile application on the consistent medication intake behaviors of patients with hypertension. The study included 52 hypertensive patients receiving treatment through the intake of antihypertensive medication within the responsibility zone of the Health Promotion Hospital. The sample was selected using purposive sampling and divided into two groups: an experimental group (n=26) receiving the medication adherence promotion program based on the theory of Planned behavior with the mobile application, and a control group (n=26) receiving standard nursing care. Collecting data before and after the experiment in both groups. Instruments used in the research were personal information questionnaires, medication-taking behavior questionnaires, the medication adherence promotion program, a medication-taking knowledge mobile application, medication-taking behavior logs, and guidelines for using the Line application. Statistics were analyzed using Chi-square, Independent t-test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The results indicated that the experimental group demonstrated a statistically significant increase in the scores of medication adherence behaviors compared to their pre-intervention scores ($p < .001$) and compared to the control group ($p < .001$).

The findings of this study suggest that the medication adherence promotion program and the medication-taking knowledge mobile application contribute to enhancing medication adherence behaviors among hypertensive patients.

Keywords: medication-taking, application, hypertension, theory of planned behavior

*Faculty of Nursing, Ubonratchathani University Amphoe Warin Chamrap, Ubon Ratchathani 34190
Corresponding author; E-mail: somluk.t@ubu.ac.th

**Faculty of Nursing, Ubonratchathani University Amphoe Warin Chamrap, Ubon Ratchathani 34190

Received: January 31, 2024 / Revised: July 24, 2024 / Accepted: August 20, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น[1-2] อัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ. 2562-2566 เท่ากับ 6,359.1, 6,670.3, 6,995.9, 7,339.7 และ 7,685.2 ตามลำดับ[3] ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเข้ารับการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การรักษาโรคความดันโลหิตสูง มี 2 วิธีคือ การรักษาโดยการใช้ยา และการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[1] ปัญหาที่สำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับปกติตามเกณฑ์เป้าหมายได้[1] โดยสถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์มีสูงถึงร้อยละ 25[2] สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแม้ได้รับการรักษาอยู่แต่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา การใช้ยารวมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก[1] การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้[4] โดยสามารถลดความดันซิสโตลิกลง 10 มิลลิเมตรปรอท หรือลดความดันไดแอสโตลิกลง 5 มิลลิเมตรปรอท[1] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 20-60[5-7] เหตุผลในการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คือ ไม่สะดวกในการเดินทางมารับยาหรือพบแพทย์ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับยา เช่น อาการข้างเคียงในระยะยาวต่อตับ ไต และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาค่อนข้างน้อย[7-8]

การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้[4] เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองรวมถึงภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง[1] การมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[9] กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำ ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก 3 ปัจจัยหลัก คือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยเชื่อว่าหากบุคคลให้คุณค่าต่อพฤติกรรมเป้าหมายในทางบวก รับรู้แรงกดดันให้แสดงพฤติกรรมเป้าหมายจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน และเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมาย ก็จะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[10] โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากที่สุดคือ ความตั้งใจในการรับประทานยา ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเห็นคุณค่าของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รับรู้ว่าบุคคลในครอบครัวต้องการให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และเชื่อมั่นว่าตนสามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้ จะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

มีการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในประเทศอิหร่าน[11] ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการแสวงหาข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ[12] ดังนั้นหน่วยบริการด้านสุขภาพควรเผยแพร่ข้อมูลและความรู้ความเข้าใจสู่ชุมชน โดยเน้นการเข้าถึงและเข้าใจได้ง่ายเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสม[12] การใช้แอปพลิเคชันเป็นสื่อให้ความรู้ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล ภาพและเสียง ทำให้ผู้รับสารเกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น มีความสะดวกเพราะสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และหากไม่เข้าใจเนื้อหาก็สามารถทบทวนซ้ำได้ตลอดเวลาจนเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ สามารถเรียนรู้ได้ไม่จำกัดเวลาและสถานที่ ผู้ใช้จึงมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น[13]

งานวิจัยที่ผ่านมามีการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันส่งเสริมการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์[14] แอปพลิเคชันการจัดการโรคความดันโลหิตสูง[15] ยังไม่มีแอปพลิเคชันเฉพาะในการให้ความรู้เกี่ยวกับยาลดความดันโลหิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[9] เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทฤษฎีเสนอแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมของบุคคลโดยกล่าวว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมก็ต่อเมื่อมีความตั้งใจหรือมีเจตนามุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายให้สำเร็จ ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก 3 ปัจจัยหลักคือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ดังนั้นการที่บุคคลมีทัศนคติด้านบวกต่อพฤติกรรมเป้าหมาย รับรู้ว่ากลุ่มคนที่มีความสำคัญต่อตนเอง เช่น พ่อแม่ สามีหรือภรรยา มีความต้องการให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีส่วนช่วยสนับสนุนให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เป็นผลสำเร็จ บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพหรือความสามารถของตนเองที่จะสามารถจัดการอุปสรรคหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ จนสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างตั้งใจ[16] โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยามีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[9] เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอประกอบด้วย 1) การสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการรับประทานยาสม่ำเสมอและการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ยกตัวอย่างกรณีศึกษา ให้วิเคราะห์และอภิปรายพฤติกรรมการรับประทานยาร่วมกัน เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิต 2) การเสริมสร้างอิทธิพลเชิงบวกของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับยาลดความดันโลหิตกับผู้ดูแลหลัก (สามีหรือภรรยาหรือบุตร) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือกระตุ้นเตือน สนับสนุนและส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการของผู้ดูแลที่ต้องการให้เขารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และ 3) การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง ประเมิน

ปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรม ประเมินระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ให้แนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุตามพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ และใช้ต้นแบบที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เสริมแรงทางบวก เช่น การกล่าวชมเชย การให้รางวัล เพื่อทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางการกระทำพฤติกรรมและมีความตั้งใจในการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ อีกทั้งการใช้แอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาเป็นสื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัยในการทบทวนความรู้ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยามากขึ้น และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาลดความดันโลหิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The two-group pretest-posttest design) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาโดยการรับประทานยาลดความดันโลหิต ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนน้อย อ.วารินชำราบ จ. อุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาโดยการรับประทานยาลดความดันโลหิต ทั้งที่มีและไม่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกของงานวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด 3) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้ 4) มีผู้ดูแลในการรับประทานยา ได้แก่ สามี หรือภรรยา หรือบุตร 5) สามารถสื่อสารภาษาไทย และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับฉลาก (Random assignment) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ครบตามโปรแกรม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power[17] เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มเป็นอิสระจากกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพล .80 จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เรื่อง ผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี[18] ได้จำนวนกลุ่มละ 21 คน ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยประยุกต์ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[9] เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ประกอบด้วย 1) การสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ 2) การเสริมสร้างอิทธิพลเชิงบวกของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และ3) การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

2. แอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา แอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นชุดความรู้สำหรับใช้งานกับอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่ เนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ของการรับประทานยาลดความดันโลหิต ชนิดของยารักษาความดันโลหิตสูง วิธีการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ข้อควรรู้ในการใช้ยา และผลกระทบของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีข้อความ ภาพประกอบ และเสียงบรรยาย โดยรองรับระบบโทรศัพท์เคลื่อนที่ทั้งระบบแอนดรอยด์และระบบไอโอเอส

3. แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยา เป็นแบบฟอร์มลงบันทึกพฤติกรรมการรับประทานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยระบุชื่อยา ขนาดยา จำนวนของยาตามแพทย์สั่ง และเวลาในการรับประทานยาลดความดันโลหิตในแต่ละวัน โดยให้บันทึกที่บ้าน ทุกครั้งที่รับประทานยาลดความดันโลหิต

4. แนวทางการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นแนวทางการส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ส่งให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาของข้อความจะเป็นการแจ้งเตือนการรับประทานยาลดความดันโลหิต เน้นย้ำถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การติดตามอาการผู้ป่วย การซักถามสภาวะการเจ็บป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยสามารถตอบโต้และขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ ตัวอย่างเช่น 1) “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณ...มีปัญหาในการรับประทานยาหรือไม่” 2) “ปัญหาในการรับประทานยาของคุณ...คืออะไร โดยมีแนวทางการตอบกลับสำหรับปัญหาที่พบบ่อย เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เมื่อไม่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูงแล้วหยุดยาได้หรือไม่ ถ้าลืมกินยาควรทำอย่างไร เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความดันโลหิต โรคที่เกิดร่วม ยาที่ได้รับการรักษา และอาการข้างเคียงของยา

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์[19] จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ จาก ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 9-36 คะแนน แบ่งการแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

แบบสอบถามมีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .88 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .78[19]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 1 คน นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Indexes of Item-Objective Congruence) ทุกเครื่องมือได้ค่าเท่ากับ .66-1

2. ความเที่ยง ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา แอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยา และแนวทางการใช้แอปพลิเคชันไลน์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเข้าใจภาษาและเนื้อหา นำข้อบกพร่องที่ได้มาแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลข UBU-REC-104/2566 วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์จากการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนน้อย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับสลาก โดย 26 คนแรกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุมและอีก 26 คนเป็นกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์แรก ให้การดูแลตามปกติโดยพยาบาล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

2. ในสัปดาห์ที่ 8 พบกับกลุ่มตัวอย่าง และทำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หลังจากนั้นให้ความรู้ในการดูแลตนเองในเรื่องการใช้ยาสม่ำเสมอ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการวิจัย 8 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างใช้ แอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ประกอบด้วย 1) การสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ 2) การเสริมสร้างอิทธิพลเชิงบวกของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และ 3) การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีแผนการดำเนินการเก็บข้อมูล 8 สัปดาห์ ตาม Figure 1

Figure 1: Research methodology and data collection

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบที

2. เนื่องจากตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลโดยสถิติ Kolmogorov-Smirnov ไม่เป็นแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test และ เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก โรคที่เกิดร่วม ยาที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาอื่นๆ และอาการข้างเคียงของยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (Table 1, Table 2)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (Table 3)

การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (Table 4)

Table 1 Number and percentage of participant's demographic characteristics (n=52)

Demographic characteristics	Control group (n=26)	Experimental group (n=26)	p-value*	Demographic characteristics	Control group (n=26)	Experimental group (n=26)	p-value*
	n(%)	n(%)			n(%)	n(%)	
Gender			.75	**Type of antihypertensive drug****			
Male	6(23.08)	7(26.92)		Diuretics	7(26.92)	2(7.70)	.07
Female	20(76.92)	19(73.08)		Beta- blockers	4(15.38)	3(11.54)	.68
Marital status			.92	Alpha-lockers	1(3.85)	1(3.85)	.31
Married	22(3.85)	23(3.85)		ACEIs	13(50)	17(65.38)	.26
Divorced/Widowed	4(15.38)	3(11.54)		ARBs	3(11.54)	1(3.85)	.29
Education level			.16	CCBs	17(65.38)	13(50)	.26
Primary school	25(84.62)	22(88.46)		**Other drug use**			.48
Secondary school	1(3.85)	4(15.38)		No	6(23.08)	4(15.38)	
Occupation			.06	Yes	20(76.92)	22(84.62)	
Government officer		1 (3.85)		**Side effect of the hypertensive drug**			.09
Employee	3(11.54)	4(15.38)		No	18(69.23)	23(88.46)	
Merchant		5(19.23)		Yes	8(30.77)	3(11.54)	
Farmer	23(88.46)	16(61.54)		**Comorbidity**			.48
				No	6(23.08)	4(15.38)	
				Yes	20(76.92)	22(84.62)	

Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), calcium-channel blockers (CCBs),

* Chi-square, ** A patient with high blood pressure may have medications from more than one group of treatments

Table 2 Mean, Standard deviation and range of participant's demographic characteristics (n=52)

Demographic characteristics	Control group (n=26)			Experimental group (n=26)			p-value*
	Mean	SD	range	Mean	SD	range	
Age (years)	56.69	6.83	43-66	53.73	7.43	41-67	.64
Duration of hypertension (years)	8.12	5.673	1-20	6.54	5.53	1-18	.18
SBP (mmHg)	132.04	15.31	102-170	132.35	11.43	112-162	.28
DBP (mmHg)	77.54	9.19	62-100	79.81	8.09	60-98	.84

Systolic Blood Pressure (SBP), Diastolic Blood Pressure (SBP), * Independent t-test

Table 3 The comparison of the differences in the score of medication adherence behavior before starting the program and after receiving the program of the experimental group (n=26)

Medication adherence behavior		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Posttest-Pretest	Negative Ranks	1[a]	2.50	2.50	-4.411	<.001*
	Positive Ranks	25[b]	13.94	348.50		

Negative Ranks[a] = medication adherence behavior posttest < medication adherence behavior pretest

Positive Ranks[b] = medication adherence behavior posttest > medication adherence behavior pretest

*Wilcoxon signed-rank test

Table 4 The comparison of the differences in the score of medication adherence behavior before starting the program and after receiving the program between the control group and experimental group (n=52)

Medication adherence behavior	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pretest						
Control group	26	27.77	722	305	-.619	.536
Experimental group	26	25.23	656			
Posttest						
Control group	26	16.90	439.50	88.50	-4.798	<.001*
Experimental group	26	36.10	938.50			

*Mann-Whitney U test

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าการส่งเสริมการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการพยาบาลตามปกติ พยาบาลให้คำแนะนำกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติตัวต่อตัวโดยวาจาขณะผู้ป่วยมารับยาตามแผนการรักษาและตามข้อมูลบนฉลากยา ซึ่งระบุชนิดของยา ขนาดของยา เวลาที่รับประทานยาและวิธีการรับประทาน โดยการให้คำแนะนำทางวาจาอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถจดจำเนื้อหาที่จำเป็นได้ทั้งหมด ประกอบกับมีงานวิจัยระบุว่าหากความสามารถของพยาบาลผู้ให้สุขศึกษาแตกต่างกันจะทำให้ประสิทธิผลของการให้ความรู้ทางสุขภาพอาจแตกต่างกัน[20]

ส่วนการให้โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มีการเสริมสร้างให้กลุ่มทดลองเกิดความตั้งใจที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและนำไปสู่การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้ประสบผลสำเร็จ โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการออกแบบและจัดกิจกรรมอย่างมีแบบแผน มีการสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ระหว่างผลดีกับผลเสียของพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอด้วยตนเอง การเสริมสร้างอิทธิพลเชิงบวกของกลุ่มอ้างอิง โดยการให้ข้อมูลรายกลุ่มกับสามี ภรรยา หรือบุตร ของกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับผลดีของพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อของกลุ่มอ้างอิง และให้กลุ่มอ้างอิงมีส่วนร่วมในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา เช่น การเสริมแรงทางบวก การสร้างแรงจูงใจ การช่วยลดอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม โดยการให้กลุ่มทดลองกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง และใช้ต้นแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมีต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในชุมชนเดียวกันมานำเสนอวิธีการปฏิบัติและถามตอบปัญหาให้กับกลุ่มทดลอง เป็นแรงจูงใจกลุ่มทดลองให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์และการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามต้นแบบ จึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มควบคุม[14,21]

นอกจากนี้ยังมีการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาเพื่อใช้ในการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาทุกวัน เป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและมีความมั่นใจในการรับประทานยาตามเป้าหมายที่กำหนด[22] และเสริมแรงทางบวกโดยการกล่าวชมเชยและการให้รางวัล กลุ่มทดลองจึงเกิดความตั้งใจที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามมา

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ที่นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาเป็นกรอบแนวคิด ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่นตอนต้นเพศชาย[23] พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของพนักงานบริษัท[24] พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง[18]

และพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[11]

การมีแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาเป็นสื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการรับประทานยาและมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พัฒนาแอปพลิเคชันการจัดการโรคความดันโลหิตสูง[15] ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับยาโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยรับประทาน และแอปพลิเคชันส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและเตือนการพบแพทย์ตามนัด[25] ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้แอปพลิเคชันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนการรับประทานยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน[15,25]

กลุ่มทดลองได้ใช้แอปพลิเคชันไลน์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีการส่งข้อความกระตุ้นเตือนและสอบถามข้อสงสัยในการรับประทานยาซึ่งเป็นการสื่อสาร 2 ทางกับผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[14] พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่า การมีระบบการเตือนการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ[26]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การนำโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยา ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการอบรมพยาบาลหรือผู้ใช้งานถึงวิธีการใช้โปรแกรมและแอปพลิเคชันก่อนนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาร่วมกับแอปพลิเคชันความรู้การรับประทานยาในระยะยาวเพื่อติดตามพฤติกรรมการรับประทานยา รวมถึงวัดตัวแปรระดับความดันโลหิต

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2565

References

1. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: Trickthink; 2019. (in Thai).
2. Aekplakorn V. Thai National Health Examination Survey (NHES) VI 2019-2020. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2021. (in Thai).
3. Charoendee K, Boribun N, Budchumsang A, Rungrueang S. Annual report 2023. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2023. (in Thai).
4. Choudhry NK, Kronish IM, Vongpatanasin W, Ferdinand KC, Pavlik VN, Egan BM, et al. Medication adherence and blood pressure control: a

scientific statement from the American Heart Association. Hypertension. 2022;79(1):e1-e14. doi:10.1161/HYP.0000000000000203.

5. Wangworatrakul W, Suwannaroop N, Moopayak K. Factors predicting medication adherence among patients with essential hypertension. J Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):131-9. (in Thai).
6. Tanukaew D, Watanakijkrilert D, Sriyuktasuth A, Chattranukulchai P. Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension. TRC Nurs J. 2022;15(1):127-43. (in Thai).
7. Lo SH, Chau JP, Woo J, Thompson DR, Choi KC. Adherence to antihypertensive medication in older adults with hypertension. J Cardiovasc Nurs. 2016;31(4):296-303. doi:10.1097/JCN.0000000000000251.
8. Puengdokmai P, Charoenkitkarn V, Pinyopasakul W, Sriprasong S, Dumavibhat C. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complication. PNUJR. 2016;8(1):16-26. (in Thai).
9. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50:179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.
10. Tepsuriyanont S. A causal model of medication adherence behavior among hypertensive adult patients. J Nurs Health. 2017;10(1):1-15. (in Thai).
11. Javaran EJ, Sharifi H, Hasani M, Borhaninejad V, Iranpour A. Effectiveness of a theory of planned behavior-based intervention for promoting medication adherence among rural elderly hypertensive patients in Iran. Elder Health J. 2020;6(1):9-15. doi:10.18502/ehj.v6i1.3410.
12. Chaiyata E, Numkham L, Rakkapao N. The relationship between health literacy, medication intake, and doctor's appointment behavior among patients with diabetes mellitus and hypertension in Lumphun Province. TSTJ. 2020;28(1):182-96. (in Thai).
13. Sateanpunctra P, Sa-ard S, Vonvicha R, Kuasuwan A. Effectiveness of educational training via mobile application on caregivers' understanding regarding bedridden elderly care. NJPH. 2020;30(1):47-56. (in Thai).
14. Charoenwongsa K, Wirojratana V, Wattanakitkrilert D. The effect of a medication adherence promotion program through the line application on older persons with essential hypertension. Nurs J CMU. 2022;49(2):313-25. (in Thai).
15. Kang H, Park HA. A mobile app for hypertension management based on clinical practice guideline: development and deployment. JMIR Mhealth Uhealth. 2016;4(1):e12. doi:10.2196/mhealth.4966.
16. Phetphum C. Health behavior: concept theory and utilization. Phitsanulok: Rattanasuwan Printing; 2018. (in Thai).
17. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39:175-91. doi:10.3758/bf03193146.
18. Laodarun S, Moolsart S, Kaewpan W. Effects of a hypertension prevention program on hypertension preventive behaviors of a risk group in the rubber-tapping career in Nam Khun District, Ubonratchathani Province. J Health Nurs Res. 2021;37(3):205-17. (in Thai).

19. Tepsuriyanont S. Medication adherence behavior among hypertensive adult patients. J Royal Thai Army Nurses. 2017;18(3):115-22. (in Thai).
20. Lee MH, Nguyen TK, Pham TT, Pham TT, Tran VD. Effectiveness of a health education program in hypertensive patients with dyslipidemia and/or microalbuminuria: a quasi-experimental study in Vinh Long Province, Vietnam. Healthcare. 2023;11(15):2208. doi:10.3390/healthcare11152208.
21. Jamkrajang T, Boonchun N, Mala J. The effectiveness of the self-efficacy and social support enhancement program on medication adherence and blood pressure among hypertensive elderly in the community. J Royal Thai Army Nurses. 2017;18(suppl.1):270-9. (in Thai).
22. Chaiwan W, Narin R, Tuanrat W. Effects of a self-management program on medication adherence and blood pressure level among persons with hypertension in a community. Nurs J CMU. 2022;49(3):218-32. (in Thai).
23. Jewcharoen P, Auemaneekul N, Lagumpan S, Chamroonsawadi K. Violence preventive behavior program for male early adolescents. J Public Health Nurs. 2016;30(2):49-63. (in Thai).
24. Rittideah D, Kalampakorn S, Suwan-ampai P. Effects of applying the planned behavior theory and feedback on noise protection behaviors among workers in the petrochemical industry, Rayong Province. J Public Health Nurs. 2017;31(1):90-109. (in Thai).
25. Contreras EM, Rivero SM, Garcia ER, Lopez-Garcia-Raos L, Vilas JCP, Suarez AB, et al. Specific hypertension smartphone application to improve medication adherence in hypertension: a cluster randomized trial. Curr Med Res Opin. 2019;35(1):167-73. doi:10.1080/03007995.2018.1549026.
26. Bozorgi A, Hosseini H, Eftekhar H, Majdzadeh R, Yoonessi A, Ramezankhani A, et al. The effect of the mobile blood pressure management application on hypertension self-management enhancement: a randomized controlled trial. Trials. 2021;22:413. doi:10.1186/s13063-021-05270-0.

รูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรรมสร้างนวัตกรรมในองค์การพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วรัทยา กุลนิธิชัย*
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะและสังเคราะห์การใช้แนวคิด ทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรรมสร้างนวัตกรรมด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงพ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2566 สืบค้นจากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศจากแหล่งข้อมูล ได้แก่ CINAHL, ScienceDirect, Emerald insight, Pubmed , Google Scholar, ResearchGate, Thai Journals Online (ThaiJO), Thai Digital Collection (ThaiLIS) ที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์คุณภาพจำนวน 12 เรื่อง โดยใช้แนวทาง PRISMA 2020 ตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เคเมท ลีและคุ๊ก โดยผู้ประเมิน 2 ราย และใช้สถิติ Contingency coefficient Kendall'tau-b ทดสอบความสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมินรายงานวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า 1) บทความส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ ไม่พบการศึกษาด้านการบริหารการพยาบาลในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่นิยมศึกษาในองค์กรภาคธุรกิจมากที่สุด (n=10) ศึกษาในกลุ่มพนักงานมากที่สุด (n=7) ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ 3,125 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนาทั้งหมด 2) บทความวิจัยนิยมใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแบสและอโวลิโอมากที่สุด (n=9) ส่วนแนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมพบว่ายังมีความหลากหลาย ไม่พบความชัดเจนของการใช้แนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม มีเพียง 2 รายงานวิจัยที่ใช้แนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมของโอไรลี่ ทั้งนี้ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่ารูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางตรงต่อวัฒนธรรรมสร้างนวัตกรรม

วิจัยนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าไม่พบการศึกษารูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมในประเทศไทย และไม่พบการศึกษาในองค์กรพยาบาล และพบความไม่ชัดเจนของตัวแปรวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม จึงจำเป็นต้องมีการขยายองค์ความรู้ที่เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาศาสตร์ด้านการบริหารการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบภาวะผู้นำ, วัฒนธรรรมสร้างนวัตกรรม, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

---

*นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน อำเภอเมือง นครปฐม 73000

Corresponding author: waratya.kulnitichai@gmail.com

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน อำเภอเมือง นครปฐม 73000

Received: March 16, 2024 / Revised: September 11, 2024 / Accepted: December 20, 2024

Leadership style and innovation culture in nursing organization: a systematic review

Waratya Kulnitichai*

Phechnoy Singchungchai**

Abstract

This systematic review aimed to summarize the utilization of concepts and theories examining leadership style and innovation culture. The databases searched encompassed research articles published from January 2013 to December 2023, in both English and Thai, sourced from various platforms such as CINAHL, ScienceDirect, Emerald Insight, PubMed, Google Scholar, ResearchGate, Thai Journals Online (ThaiJO), and Thai digital collection (ThaiLIS). The quality of the articles was assessed using the Kmet Lee and Cook Quality Rating Scale and the contingency coefficient Kendall's tau-b to test the agreement between the research report and the inter-rater.

The research findings: 1) Most articles studied abroad do not address nursing management in Thailand. All studied sample groups in business organizations (n = 10) were the largest among employees (n = 7), with a maximum sample size of 3,125 individuals. All descriptive statistics were used. 2) Research articles predominantly utilize Bass & Avolio's theory of transformational leadership (n = 9). While there were a variety of cultural innovation concepts, clarity regarding their application is lacking. Only two research reports utilize O'Reilly's innovation culture concept. The results of studies indicated a direct correlation between transformational leadership styles and innovation culture.

This research indicates the absence of studies on the correlation between leadership styles and cultural innovation in Thailand, particularly within healthcare organizations. Moreover, the lack of clarity regarding cultural innovation variables necessitates. Thus, the knowledge in this area should be extended to foster ongoing development in nursing management practices.

Keywords: leadership style, innovation culture, systematic review

---

*Ph.D Candidate (Nursing Management), College of Nursing, Christian University of Thailand Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom 73000

Corresponding author: waratya.kulnitichai@gmail.com

**College of Nursing, Christian University of Thailand Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom 73000

Received: March 16, 2024 / Revised: September 11, 2024 / Accepted: December 20, 2024

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรขึ้นอยู่กับผู้ภาวะผู้นำ[1,2] รูปแบบภาวะผู้นำมีความสำคัญในการกำหนดวิสัยทัศน์การดำเนินงานด้านนวัตกรรมโดยการถ่ายทอด สื่อสารเป้าหมายการดำเนินงานลงสู่ผู้ปฏิบัติงานจนเกิดการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ กล้าทำในสิ่งที่ท้าทาย ตลอดจนการกล้าเผชิญต่อความเสี่ยงเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จขององค์กร[3,4] การที่ผู้นำมีการคิด กล้าเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นนั้นทำให้ผู้นำมีการคาดการณ์เตรียมการถึงการจัดสรรทรัพยากรรวมถึงสิ่งที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่เพื่อปรับปรุงวิธีการทำงานให้สำเร็จได้[5,6] เช่นเดียวกันกับองค์กรการพยาบาลที่ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นถือว่ามีความสำคัญต่อการกระตุ้นให้เกิดการคิดสร้างสรรค์แก่บุคลากรในทีมสุขภาพได้ร่วมสร้างเป้าหมายด้านนวัตกรรมจนไปสู่ความสำเร็จ

ในขณะที่ภาวะผู้นำมีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายด้านผลลัพธ์การดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร[2] จึงมีความจำเป็นที่ผู้นำต้องปลูกฝังวัฒนธรรมการสร้างนวัตกรรมด้วยการบ่มเพาะความเชื่อ กระบวนการทำงาน การสื่อสาร การถ่ายทอดนโยบายการทำงานที่เป็นความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม โดยการให้อิสระและเปิดกว้างทางความคิดแก่ผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการด้านนวัตกรรมร่วมด้วย[7-9] เช่นเดียวกันกับองค์กรพยาบาลที่ผู้นำต้องมีการถ่ายทอดวิธีการดำเนินงานให้แก่สมาชิกในทีมการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีคำถามว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่รับนโยบายโดยตรงจากองค์กรการพยาบาลเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานด้านนวัตกรรมไปสู่ความสำเร็จได้นั้นต้องเป็นผู้นำที่มีคุณลักษณะใด

จากคำถามดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจในประเด็นรูปแบบภาวะผู้นำแบบใดที่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมจึงได้ทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรรมสร้างนวัตกรรมที่ได้มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงพ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2566 ซึ่งยังไม่พบการศึกษารูปแบบภาวะผู้นำที่มีอิทธิพลโดยตรงผลต่อวัฒนธรรมการสร้างนวัตกรรมในบริบทด้านการบริหารการพยาบาลทำให้เห็นว่ายังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการรวบรวมหรือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่แสดงให้เห็นตัวแปรที่สังเกตได้ที่นำมาศึกษาเพื่อขยายองค์ความรู้ด้านการบริหารการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมซึ่งผลที่ได้จากการสังเคราะห์ในรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม จะเป็นแนวทางในการขยายองค์ความรู้ และการศึกษาวิจัยทางด้านการบริหารการพยาบาลต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่ผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบภาวะผู้นำและวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงพ.ศ. 2556 -พ.ศ. 2566

2. เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำและวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมที่

ปรากฏในรายงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2566

วิธีการดำเนินวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์ (Research synthesis) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ประชากรคือ บทความวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปีพ.ศ. 2556- พ.ศ. 2566 เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไปของรายงานการวิจัยและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำและวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม โดยมีรายละเอียดการสืบค้นรายงานการวิจัยโดยใช้แนวคิดของ PRISMA 2020[10] มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กำหนดคำสำคัญ (Keywords) ประกอบด้วย ผู้นำ, รูปแบบภาวะผู้นำ,วัฒนธรรมนวัตกรรม, วัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม, Leader, Leadership, Leadership style, Supervisor, Coaching, Manager, Direction, Innovation culture, Innovative culture, Creating culture of innovation, Building culture of innovation, Building a climate for innovation, Innovation society, Innovation lifestyle

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลบทความจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ทั้งงานวิจัยงานวิจัยต่างประเทศ และในประเทศไทย ได้แก่ CINAHL, ScienceDirect, Emerald Insight, Pubmed , Google Scholar, ResearchGate, Thai Journals Online (ThaiJO), Thai Digital Collection (ThaiLIS) จากฐานข้อมูลในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ โดยเลือกเฉพาะวารสารที่มีการตรวจสอบคุณภาพ (Peer review) มีการเผยแพร่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษเท่านั้น ในช่วงปี พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2566

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดงานวิจัยออก (Exclusion criteria) ดังนี้

3.1 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) การวิจัยนี้กำหนดไว้จำนวน 3 ข้อ คือ 1) ต้องเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้นำ (Leader) ภาวะผู้นำ (Leadership) รูปแบบภาวะผู้นำ (Leadership style) และวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม (Innovation culture) 2) เป็นรายงานวิจัยที่เป็นต้นฉบับเดิม (Original research) ได้รับการตีพิมพ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ 3) ประเภทของผลงานวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และต้องได้รับการตรวจสอบ (Peer-reviewed)

3.2 เกณฑ์การคัดงานวิจัยออก(Exclusion criteria) การวิจัยนี้กำหนดไว้จำนวน 2 ข้อ คือ 1) ไม่ใช่รายงานวิจัยฉบับเต็ม หรือเป็นบทความเข้าถึงได้เฉพาะบทคัดย่อ 2) งานวิจัยเป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. สืบค้นบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 2,287 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่ซ้ำกันจำนวน 88 เรื่อง ไม่เกี่ยวข้องกับทางด้านการบริหารจำนวน 1,997 เรื่อง ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยจำนวน 178 เรื่อง คงเหลืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้นจำนวน 112 เรื่อง มีการคัดออกเนื่องจากกรณีบทความวิจัยไม่เกี่ยวข้องกับตัวแปร ไม่ระบุเครื่องมือในการวัด และไม่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 100 เรื่อง

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของบทความวิจัยตามแนวทางของ PRISMA 2020 พบว่ามีความครบถ้วนเชิงระเบียบวิธีวิจัยจำนวน 12 เรื่อง หลังจากนั้นจึงทำ PRISMA flow diagram[10] ดังภาพที่ 1

6. ประเมินคุณภาพบทความวิจัยโดยใช้แบบประเมินเครื่องมือเกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานสำหรับการประเมินเอกสารงานวิจัยเบื้องต้น (Standard quality assessment criteria for evaluating primary research paper) ของ เคเมท ลีและคุ๊ก[11] โดยใช้การวัดความเห็นตรงกันระหว่างผู้ประเมิน (Agreement measurement) จำนวน 11 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินเกี่ยวกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้สถิติ ระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และการวิเคราะห์ผลการวิจัยโดยให้ค่าคะแนนของแต่ละข้อ คือ มีรายงานความครบถ้วนตามแนวทางการประเมินงานวิจัย (2 คะแนน) มีรายงานบางส่วนตามแนวทางการประเมินงานวิจัย (1 คะแนน) ไม่มีรายงานความครบถ้วนตามแนวทางการประเมินงานวิจัย (0 คะแนน) ไม่มีรายงาน (N/A 0 คะแนน) โดยทำการคัดงานวิจัยที่มีคะแนนไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 70 ออกจากการศึกษา และผู้วิจัย 2 คน เป็นอิสระต่อกัน ทำการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกงานวิจัยมาแล้วตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงนำผลการประเมินคุณภาพมาร่วมกันวิเคราะห์ผลการประเมิน ทั้งนี้การวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อถือ และความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินเท่ากับร้อยละ 87.69 และนำค่าความเห็นตรงกันระหว่างผู้ประเมินที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือร่วมกับผู้ร่วมวิจัย แล้วหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) และหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องโดยใช้ Contingency coefficient Kendall's tau-b[12] ได้เท่ากับ .82 (p=.08)

7. สกัดข้อมูล (Data extraction) จากงานวิจัยที่ผ่านการประเมินคุณภาพ และสรุปเนื้อหาตามหัวข้อดังต่อไปนี้ ผู้แต่ง/ปี/กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบภาวะผู้นำ วัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม องค์ประกอบของแนวคิด/ทฤษฎี และข้อค้นพบจากการศึกษา นำเสนอในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

8. สังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมของรายงานการวิจัย (Data analysis and synthesis) และนำผลการวิเคราะห์สรุปบรรยายเชิงเนื้อหา โดยจำแนกตามคุณลักษณะของบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำแนวคิด/ทฤษฎีภาวะผู้นำ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำและวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและอภิปรายข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รายงานการตรวจสอบบทความวิจัยตามแนวทาง PRISMA 2020[10]ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อความโปร่งใส และการครบถ้วนของบทความวิจัย ประกอบ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ วัตถุประสงค์ที่ศึกษา วิธีการที่ศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ฐานข้อมูล/แหล่งข้อมูล กระบวนการคัดเลือกงานวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเภทของตัวแปร การใช้แนวคิด/ทฤษฎีภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพรายงานการวิจัยใช้เครื่องมือเกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานสำหรับการประเมินเอกสารงานวิจัยเบื้องต้น (Standard quality assessment criteria for evaluating primary research paper) ของเคเมท ลีและคุ๊ก[11] ซึ่งตรวจสอบความน่าเชื่อถือของรายงานการวิจัย ประเมินคุณภาพเครื่องมือร่วมกับทีมวิจัยจำนวน 2 คน เพื่อหาค่าความน่าเชื่อถือ (Inter-rater) ของบทความวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบสรุปการบันทึกการสกัดข้อมูลทั่วไปของรายงานการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ผู้แต่ง ช่วงเวลาที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง องค์กรที่ศึกษา สถานที่ศึกษา แนวคิด/ทฤษฎีรูปแบบภาวะผู้นำ แนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม และองค์ประกอบของภาวะผู้นำ กับแนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม และข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลครั้งผู้วิจัยปฏิบัติตามแนวทางของ PRISMA 2020[10] แสดงขั้นตอนการคัดเลือกผลงานวิจัยตาม PRISMA flow diagram[10] (Figure 1)

สรุปประเมินคุณภาพรายงานการวิจัยตามแนวทางของ PRISMA 2020[10] จำนวน 27 ข้อ ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือเกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานสำหรับการประเมินเอกสารงานวิจัยเบื้องต้นของเคเมท ลีและคุ๊ก[11] ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 11 ข้อโดยผู้วิจัยจำนวน 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน และประเมินคุณภาพมาตรฐานหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater) โดยใช้ Contingency coefficient Kendall's tau-b[12] ได้เท่ากับ .82,p =.08 แสดงดัง Table 1

การวิเคราะห์รูปแบบของงานวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบประเมินคุณภาพ โดยผู้วิจัยอ่านรายงานการวิจัยทั้ง 12 เรื่อง รอบที่สองอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อความที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย และบันทึกในแบบบันทึกสกัดข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกและการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่รับรอง น.30/2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของรายงานวิจัยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการประเมินคุณภาพการวิจัยใช้เครื่องมือ เกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานสำหรับการประเมินเอกสารงานวิจัยเบื้องต้นของเคเมท ลีและคุ๊ก[11] และหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater) โดยใช้ Contingency coefficient Kendall's tau-b

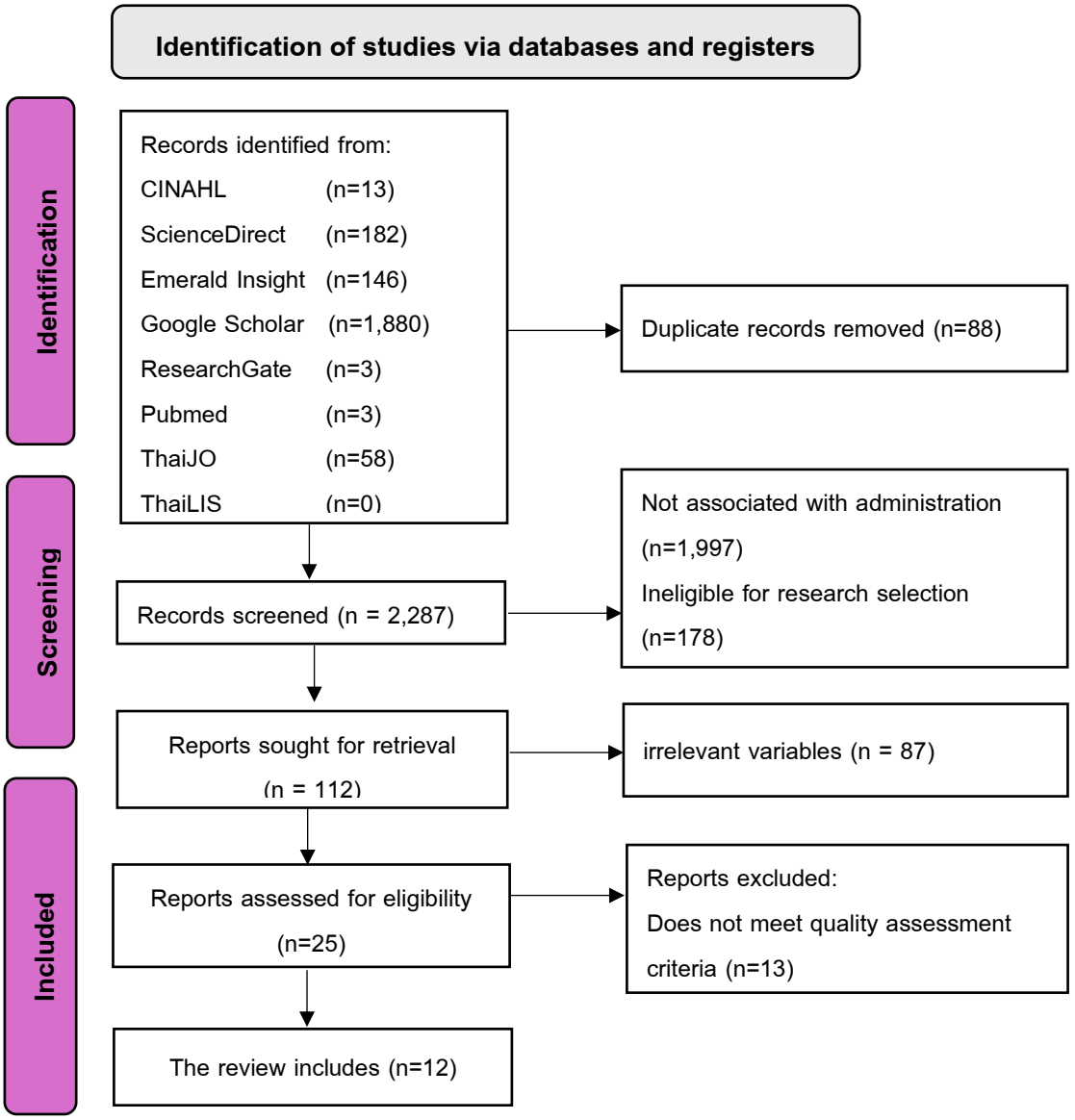


Figure 1 shows the search and selection of relevant research according to the guidelines of PRISMA 2020 flow diagram

Table 1 Shows the statistics of conformity tests of research quality checked (n = 12 subjects).

Consistency testing	Value	P-Value	Result interpretation
Contingency coefficient Kendall's tau-b (n=12)	0.82	0.08	There is consistency between inter-rater

Table 2 Results of the Conceptual Research Review Leadership style theory referenced in previous research studies

Author(s) (Year) / Context / Country/ Sample	Leadership style	Components of the concept/theory	Findings from the study
1.Kim, Yoon[8] (Study in a public sector organization in South Korea with 1,576 employees)	Transformational leadership*	Transformational leadership[8] 4 components ****	Transformational leadership has a direct effect on the innovation culture (β=0.19, p =0.001)
2.Sattayaraksa, Boon-itt[13] (Study in Thai public sector organization with 269 Senior managers)	Transformational leadership*	Transformational leadership*[13] 4 components ****	Transformational leadership has a direct effect on the innovation culture (β = 0.76, p< 0.01)
3.Yu[14] (Study in a business organization in Taiwan with 317 supervisors)	Supportive leadership*	Supportive leadership*[14] 3 components 1) Specific directions 2) Managing an environment 3) Assigning	Innovation culture has a direct effect on supportive leadership (β=0.78, p =0.001)
4.Rehman, Bhatti, Chaudhry[15] (Study in a business organization in Malaysia with 384 managers and business owners)	Transformational leadership*	Transformational leadership*[15] 4 components ****	Transformational leadership has a direct effect on the innovation culture (β = 0.36, p = 0.000)
5.Wipulanusat, Panuwatwanich, Stewart[16] (Study in a public sector organization in Australia with 3,125 employees)	Transformational leadership*	Transformational leadership*[16] 4 components ****	Transformational leadership has a direct effect on the innovation culture (β = 0.64, p < 0.001)
6. Lei, Phouvong, Le[17] (Study in a business organization in China with 269 employees)	Transformational leadership*	Transformational leadership*[17] 4 components ****	Transformational leadership has a direct effect on the innovation culture (β=0.61, p < 0.001)
7.Kabi, Almari[18] (Study in a business organization in the Sultanate of Oman with 150 managers)	Leadership traits* Leadership style*	Leadership traits*[18] 4 components: 1) Motivating employees 2) Training and communication 3) Decision-making ability 4) Ability to create new ideas Leadership style*[18] 1) Idealize influence 2) Self-awareness	Leadership traits has a direct effect on the innovation culture (β=0.34, p =0.05) Leadership style has a direct effect on the innovation (β=0.70, p =0.05) The leadership style has an indirect influence on the organization's performance

Author(s) (Year) / Context / Country/ Sample	Leadership style	Components of the concept/theory	Findings from the study
		3) Autonomy 3) Intellectual stimulation	through an innovation culture. (β=0.52, p =0.01) Leaders have an indirect effect on the firm's performance through an innovation culture. (β=0.43, p =0.01)
8.Agyenim-Boateng, Ghansah[19] (Study in a business organization in Ghana with 210 employees)	Transformational leadership*	Transformational leadership*[19] 4 components ****	Transformational leadership has a correlation on the innovation culture (r= .40, p < .05)
9.Zafar, Mehmood[20] (Study in a business organization in Pakistan with 125 managers, senior executives, and supervisors)	Transformational leadership*	Transformational leadership*[20] 4 components ****	Transformational leadership has a direct effect on the innovation culture (β=0.40, p < 0.05)
10.Hulooka, Awofeso, Hammerschmidt[9] (Study in a healthcare organization in the United Arab Emirates with 316 managers and employees)	Transformational leadership** Transactional leadership Collaborative leadership	Transformational leadership & Transactional leadership*[9] Transformational leadership 4 components**** Transactional leadership 2 components: 1) Rewarding 2) Punishment Collaborative leadership[9] 3 components: 1) Communication 2) Knowledge promotion 3) Experience sharing**	Transformational leadership has a direct effect on the innovation culture (β=0.80, p =0.000, R^2=0.074) Transactional leadership has a direct effect on the innovation culture (β=1.30, p =0.001, R^2=0.045) Collaborative leadership has a direct effect on the innovation culture (β=0.60, p =0.000)
11.Susanty, Budiharjo, Winarto[21] (Study in a business organization in Indonesia with 1,073 employees)	Adaptive leadership*	Adaptive leadership*[21] 3 components: 1) Proactive 2) Adaptability 3) Creation of innovation	Adaptive leadership has a direct effect on the innovation (β = 0.36, p = 0.000)
12.Gui, Lei, Le[22] (Study in a business organization in China with 339 employees)	Transformational leadership *	Transformational leadership*[22] 4 components****	Transformational leadership has a direct effect on the innovation culture (β=0.55, p < 0.001)

Note: *Independent variable, **Dependent variable, ***Mediator variable, **** Transformational leadership

Table 3 Results of the review of the research on the concept of culture of innovation with references in past research studies

Author(s) (Year)	Innovation culture	Components of the concept/theory
1. Kim, Yoon[8]	Innovation culture***	Innovation culture*** 6 components: 1) Risk-taking 2) Rewarding 3) Openness 4) Shared goal 5) Independence 6) Belief in action
2. Sattayaraksa, Boon-itt[21]	Innovation culture***	Innovation culture*** 3 Components: 1) Risk-taking 2) Creativity 3) Openness
3. Yu (2016)[14]	Innovation culture*	Innovation culture* 3 components: 1)The influence of the organization on behavior 2) Promoting initiative 3) Interdependence
4. Rehman, Bhatti, Chaudhry[15]	Innovation culture***	novation culture*** 8 components: 1) Challenging 2) Creative 3) Enterprising 4) Stimulating 5) Driving 6) Risk taking 7) Result-oriented 8) Pressurized
5. Wipulanusat, Panuwatwanich, Stewart[16]	Innovation culture ***	Innovation culture*** 2 components: 1) Workplace innovation 2) Career satisfaction
6. Lei, Phouvong, Le[17]	Innovation culture **	Innovation culture** 2 components: 1) Value 2) Embracing Change
7. Kabi, Almari[18]	Innovation culture***	Innovation culture*** 4 components: 1) Value 2) Instilling Beliefs 3) Engagement 4) Promoting Teamwork

Author(s) (Year)	Innovation culture	Components of the concept/theory
8. Agyenim-Boateng, Ghansah[19]	Innovation culture**	Innovation culture ** 4 components: 1) Intention for innovation 2) Innovation infrastructure 3) Innovation influence 4) Innovation implementation
9. Zafar & Mehmood (2019)[20]	Innovation culture**	Innovation culture* 4 components: 1) adaptability among employees 2) Entrepreneurship 3) Risk-taking 4) Creativity
10. Hulooka, Awofeso, Hammerschmidt[9]	Innovation culture **	Innovation culture ** 6 components: 1) Risk-taking 2) Rewarding 3) Openness 4) Shared goal 5) Independence 6) Belief in action
11. Susanty, Budiharjo, Winarto[21]	Innovation culture **	Innovation culture ** 3 components: 1) Accountability 2) Trust 3) Values
12. Gui, Lei, Le[22]	Innovation culture**	Innovation culture ** 3 components: 1) Common system of values 2) Beliefs 3) Objectives for innovation

Note: *Independent variable, **Dependent variable, ***Mediator variable

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม บทความส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทองค์กรธุรกิจ (n=10) ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานในองค์กรขนาดกลุ่มตัวอย่าง 300 คนขึ้นไป (n=8) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ 3,125 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดคือ 125 คน ทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ (n=12) มีการศึกษาเพิ่มขึ้นในช่วงห้าปีย้อนหลัง คือ พ.ศ. 2562-2566 (n=9) และระหว่าง พ.ศ. 2556-2561 (n=3) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) (n=4) การวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) (n=4) และโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structure equation model) (n=4)

2. การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมที่มีการอ้างอิงในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาสรุปได้ดัง Table 2 และ Table 3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) ของแบสและอโวลิโอ [7,8,11-17] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล

จาก Table 2 ผลการทบทวนรายงานวิจัยพบว่ารูปแบบภาวะผู้นำที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยมากที่สุด คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีของแบสและอโวลิโอ[7,8,11-17] (n=9) โดยรูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวแปรอิสระ (Independent variable) มากที่สุด(n=9)

จาก Table 3 ผลการทบทวนรายงานวิจัยพบว่าแนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยมากที่สุดคือแนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมของโอไรลี่และคณะฯ[8-9] มี 6 องค์ประกอบคือ การกล้าเสี่ยง การให้รางวัลสำหรับการเปลี่ยนแปลง การเปิดกว้าง การมีเป้าหมายร่วมกัน ความเป็นอิสระ ความเชื่อในการกระทำ (n=2) โดยวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมเป็นตัวแปรสื่อกลาง(Mediator variable) มากที่สุด (n=7)

อภิปรายผลการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้สังเคราะห์การใช้แนวคิด ทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรรมสร้างนวัตกรรมที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงพ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2566 สามารถอภิปรายข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปจำนวนรายงานวิจัยทั้งสิ้น 12 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยพบว่าส่วนใหญ่มีเป็นรายงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด มีการศึกษาในบริบทองค์กรภาคธุรกิจมากที่สุด (n=10) มีการศึกษาในประเทศแถบทวีปเอเชียมากที่สุด จำนวน 10 เรื่อง ส่วนใหญ่มีการใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 คนขึ้นไป (n=8) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นแบบสอบถามทุกรายงานวิจัย รายงานวิจัยทุกฉบับมีการรายงานถึงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ผ่านคุณภาพในการตรวจสอบเครื่องมือทั้งความตรงและความเที่ยง (n=12) สถิติที่ใช้ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) สถิติการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) สถิติการ

สร้างโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural equation modeling; SEM)

2. ผลการวิเคราะห์รูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม พบว่ารูปแบบภาวะผู้นำที่ถูกนำมาใช้ในการวิจัยมากที่สุดคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีของแบสและอโวลิโอ[7-8,11-17] มีองค์ประกอบคือ ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ ด้านการกระตุ้นทางปัญญา และด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (n=9) โดยรูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวแปรอิสระ(Independent variable) มากที่สุด(n=9) ซึ่งภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมที่ดีในองค์กร[8,9,13,15,-17,20,22] โดยพบว่าองค์ประกอบด้านการกระตุ้นทางปัญญา และการสร้างแรงบันดาลใจของผู้นำที่มีอิทธิพลต่อผู้ตาม ซึ่งเมื่อผู้ตามได้รับการสร้างแรงบันดาลใจและเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนจากผู้นำร่วมกับการได้รับกระตุ้นการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ทำให้ผู้ตามเกิดกระบวนการเรียนรู้ไปพร้อมๆ การคิดค้นแก้ไขปัญหาในการทำงานอยู่เสมอ จึงทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนด[1] นอกจากนี้แล้วยังพบว่ารูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรง(Direct effect) กับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม (β= 0.55-0.80, p =0.001)[2,8,17,22] สอดคล้องกับอักเยนิม-บัวเต็งและกานซาห์[19] ซึ่งพบว่า การกระตุ้นบุคคลให้เกิดการคิดทางปัญญา มีส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดความมุ่งมั่น ในการสร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรม การส่งเสริมการสร้างค่านิยมด้านนวัตกรรมในองค์กรนั้น จะบรรลุผลสำเร็จได้นั้นเกิดจากผู้บริหารที่มีการกระตุ้นทางปัญญาให้ผู้ตามเกิดแรงบันดาลใจในการคิดค้นสิ่งใหม่ดังข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้นำที่กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีการกระตุ้นให้ผู้ตามได้คิดค้นวิธีการใหม่ในการแก้ไขปัญหาในงาน

อย่างไรก็ตามยังพบการศึกษาในบริบทขององค์กรการพยาบาลยังพบน้อยมากโดยพบเพียงการศึกษาเดียว คือการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของผู้นำและวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมของโรงพยาบาลในสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้จัดการและพนักงานจำนวน 316 คน พบว่ารูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมมากที่สุด (β= 0.80, p =0.000, R^2=0.074)[8] กล่าวคือ รูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถนำมาใช้อธิบายวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมได้ร้อยละ 7.4 แสดงให้เห็นว่า ยังมีรูปแบบภาวะผู้นำในรูปแบบอื่นๆอีกที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม และสามารถนำมาใช้ทำนายวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมได้

สำหรับแนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมจากข้อค้นพบจากรายงานการวิจัยพบว่า แนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมตามแนวคิดของโอไรลี่[7] ถูกนำมาใช้ในการศึกษามากที่สุด (n=2) ซึ่งเมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่าวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมเป็นตัวแปรสื่อกลาง(Mediator variable) สำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของผลการดำเนินด้านนวัตกรรมในองค์กรได้ นอกจากนี้แล้วจากการศึกษาของสัตยารักษาและบุญอิฐ[13] พบว่าการเสริมสร้างค่านิยมและความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมที่ดีสำหรับผู้บริหารนั้นจะส่งผลต่อการผลักดันให้สมาชิกในองค์กรเกิดการเห็นคุณค่า และจะกระตือรือร้นในการปรับปรุงวิธีการทำงานในรูปแบบใหม่ๆ ได้

ข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้นนี้มีประเด็นที่น่าสนใจคือ แนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมายังมีความ

หลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทและวัฒนธรรมของแต่ละองค์กร โดยการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา อาทิเช่น แนวคิดของโอไรลีย์และคณะฯ[7] เป็นแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมการจัดการความเสี่ยงในองค์กร (Risk taking) ถูกนำมาใช้เป็นตัวแปรตามและตัวแปรสื่อกลางร่วมกับแนวคิดอื่นมากที่สุด (n=2) ซึ่งแม้ว่าจะมีข้อโต้แย้งจากนักวิชาการว่าแนวคิดดังกล่าวนี้ยังไม่ครอบคลุมถึงวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องในระดับบุคคลจึงมีการนำแนวคิดนี้มาปรับใช้ร่วมกับแนวคิดการตอบสนองวัฒนธรรมในระดับบุคคล (Individual responsibility)

จากข้อค้นพบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ทำให้ได้องค์ความรู้ คือ วัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมเป็นตัวแปรสื่อกลาง (Mediator variable) ที่สำคัญในการนำไปสู่ความสำเร็จด้านตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร ซึ่งการเสริมสร้างวัฒนธรรมนวัตกรรมที่ดีในองค์กร เป็นความมุ่งหวัง มุ่งมั่น และตั้งใจจริงของสมาชิกในองค์กรในการคิดค้นสิ่งใหม่ๆในการทำงาน สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล และพฤติกรรมการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปจนส่งผลต่อผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการปรับปรุงกระบวนการ หรือวิธีการทำงานใหม่ๆ ในองค์กรที่แตกต่างไปจากเดิมในลักษณะที่ดีขึ้น ข้อค้นพบที่ได้จากการรายงานการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในองค์กรด้านธุรกิจ ส่วนการศึกษาในองค์กรด้านสุขภาพนั้นยังมีน้อยมาก แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างของความรู้ ที่จำเป็นต้องมีการศึกษาในตัวแปรวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมในบริบทองค์กรด้านสุขภาพรวมถึงบริบทด้านบริหารการพยาบาลเพื่อขยายองค์ความรู้ต่อไป

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

1. รูปแบบผู้นำที่ทำให้เกิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมจะต้องมีคุณลักษณะของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ความโดดเด่นในการกระตุ้นให้ผู้ตามเกิดการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ มีเป้าหมายและวิสัยทัศน์ในการทำงานอย่างชัดเจน จนทำให้บรรลุผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านนวัตกรรมตามเป้าหมายขององค์กรทั้งนี้พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางตรงต่อวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม

2. ความไม่ชัดเจนของตัวแปรวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรม พบว่ายังมีความหลากหลายของการนำแนวคิดมาใช้ในการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ พบจำนวน 2 รายงานวิจัยที่ใช้แนวคิดวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมของโอไรลี่ [7] ยังไม่พบการศึกษาในบริบทด้านการบริหารการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ และพบว่าวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมเป็นตัวแปรสื่อกลางสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานด้านนวัตกรรมประสบผลสำเร็จได้ในองค์กร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ผู้บริหารการพยาบาลควรนำข้อค้นพบที่ได้นี้ไปพัฒนาคุณลักษณะของผู้นำโดยเฉพาะรูปแบบภาวะผู้นำที่มีการกำหนดเป้าหมาย มีการสื่อสาร สนับสนุนและกระตุ้นให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ในองค์กรเพื่อบรรลุผลสำเร็จตามตัวชี้วัดผลการดำเนินด้านนวัตกรรมในองค์กร

2. ด้านการวิจัย จากผลการศึกษายังไม่พบรูปแบบภาวะผู้นำกับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมในบริบทองค์กรด้านสุขภาพและด้านการบริหารการพยาบาลในประเทศไทย ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบภาวะผู้นำในรูปแบบต่างๆ กับวัฒนธรรมสร้างนวัตกรรมในบริบทขององค์กรการพยาบาลโดยเฉพาะรูปแบบภาวะผู้นำที่กระตุ้นให้ผู้ตามเกิดการคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ การสร้างแรงบันดาลใจเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานด้านนวัตกรรมที่ดีในองค์กร

References

1. Damanpour F, Sanchez-Henriquez F, Chiun HH. Internal and external sources and the adoption of innovations in organizations: knowledge sources and innovation in organizations. Br J Manag. 2018;29(5):712-30. doi: 10.1111/1467-8551.12296.
2. Damanpour F. Organizational innovation. Oxford Research Encyclopedia of Business and Management; 2017. doi: 10.1093/acrefore/9780190224851.013.
3. Yan B, Maladzhi RW, Makinde OD. Creating innovation culture through visionary leadership in small medium enterprises, Conference: 2012 IEEE International conference on industrial engineering and engineering management (IEEM). [Internet] 2012 [cited 2024 Mar 10]. Available from: https://doi.org/10.1109/IEEM.2012.6837927.
4. Hughes DJ, Lee A, Tian AW, Newman A, Legood A. Leadership, creativity, and innovation: a critical review and practical recommendations. Leadersh Q. 2018;29:549-69. doi: 10.1016/j.leaqua.2018.03.001.
5. Cui F, Lim H, Song J. The influence of leadership style in China SMEs on enterprise innovation performance: the mediating roles of organizational learning. Sustainability. 2022;14(6):3249. doi: 10.3390/su14063249.
6. Gliddon DG, Rothwell WJ. Innovation Leadership. New York: Routledge Publishers; 2018.
7. Rao J, Chuan F. The discipline culture & culture of innovation: a Socratic journey. Spain: Profit editorial; 2013.
8. Kim S, Yoon G. An innovation-driven culture in local government: Do senior manager's transformational leadership and the climate for creativity matter? Public Pers Manage. 2015;44(2):147-68. doi: 10.1177/0091026014568896.
9. Hulooka HM, Awofeso PA, Hammerschmidt PM. An empirical study of the relationship between leadership styles and innovation culture among professional employees in healthcare sector. Int J Managmnt Cases. 2021;23(1):17-40.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. PMID: 33782057; PMCID: PMC8005924.
11. Kmet LM, Lee RC, Cook LS. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. [Internet] 2004 [cited 2024 Mar 10]. Available from: https://www.ihe.ca/advanced-search/standard-quality-assessment-criteria-for-evaluating-primary-research-papers-from-a-variety-of-fields.

12. Liptáková E. Statistical measures of the association between two ordinal variables. Slovak J Sport Sci. 2021;6(2):55-61. doi: 10.24040/sjss.2020.6.2.55-61.
13. Sattayaraksa T, Boon-itt S. CEO transformational leadership and the new product development process: The mediating roles of organizational learning and innovation culture. Leadersh Organ Dev J. 2015;37(6):730-49.
14. Yu PI. Innovative culture and professional skills: the use of supportive leadership and individual power distance orientation in IT industry. Leadersh Organ Dev J. 2016;38(2):198-214.
15. Ur Rehman S, Bhatti A, Chaudhry NI. Mediating effect of innovative culture and organizational learning between leadership styles at third order and organizational performance in Malaysian SMEs. J Glob Entrep Res. 2019;36(9):1-24. doi: 10.1186/s40497-019-0159-1.
16. Wipulanusat W, Panuwatwanich K, Stewart BA. Pathways to workplace innovation and career satisfaction in the public service: the role of leadership and culture. Int J Organ Anal. 2018;26(5):890-914. doi: 10.1108/IJOA-03-2018-1376.
17. Lei HP, Le PB. How to foster innovative culture and capable champions for Chinese firms: An empirical research. Leadersh Organ Dev J. 2019;13(1):51-69.
18. Kabi SA, Almarri K. The mediating effects of innovation culture on leadership traits, leadership style, and firm performance. Aust J Basic Appl Sci. 2019;13(1):1-9. doi: 10.22587/ajbas.2019.13.10.1.
19. Agyenim-Boateng I, Ghansah K. The effect of transformational leadership on company innovation culture: perspectives from the service sector of an emerging economy. J Hum Resour Stud. 2019;9:273-97. doi: 10.5296/ijhrs.v9i3.15255.
20. Zafar H, Mehmood KK. Innovation as a mediator between innovative culture, transformational leadership, knowledge management, learning orientation, and performance. JISR-MSSE. 2019;17(1):149-64. doi: 10.31384/jisrmsse/2019.17.1.9.
21. Susanty A, Budiharjo E, Winarto W. Achieving an agile organization in an Indonesian telecommunications company: investigation on leadership impact and mediation variables. J Sci Technol Policy. 2021:2053-4620. doi: 10.1108/JSTPM-07-2021-0095.
22. Gui L, Lei H, Le PB. How to foster innovative culture and capable champions for Chinese firms: empirical research. Organ Dev J. 2019;13(1):91-9. doi: 10.1108/CMS-05-2018-0502.

คำแนะนำในการส่งต้นฉบับ (ปรับปรุง ปี พ.ศ. 2566)

กองบรรณาธิการวารสารสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย ขอเชิญสมาชิกสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย และผู้สนใจทั้งพยาบาลและบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่าน ส่งบทความทางวิชาการ นวัตกรรมทางการดูแลรักษา รายงานทางการวิจัยด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพ การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับจัดระบบบริการ การจัดการดูแลในผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก โรคเรื้อรังต่าง ๆ ทุกช่วงวัย และโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ มาก่อน และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับตามเกณฑ์ของวารสาร ในกรณีที่เรื่องของท่านได้ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก

การเตรียมต้นฉบับ มีดังนี้

1. รูปแบบของบทความทางวิชาการ

ความยาวไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง ส่วนเอกสารอ้างอิงควรอ้างอิงไม่เกิน 25 เรื่อง และทันสมัยอยู่ในช่วงไม่เกิน 10 ปี)

1.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟต์เวิร์ด (Microsoft Word) โดยรูปแบบตัวอักษรที่กำหนดให้ใช้ทั้งฉบับ คือ Browallia New ขนาด 16 points

1.2 พิมพ์เว้นบรรทัดในกระดาษ A4 สีขาว พิมพ์แบบแนวตั้ง (portrait) เว้นช่องว่างจากขอบกระดาษทุกด้านเป็นระยะ 1 นิ้ว หรือ 2.5 ซม.

1.3 ชื่อเรื่องควรสั้น กระชับและชัดเจน ให้ระบุภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยแต่ละภาษามีความยาวไม่เกิน 2 บรรทัด แต่ให้อธิบายสาระของเรื่องได้ดี โดยใช้ตัวอักษร Browallia New ขนาด 18 points พิมพ์ตัวหนา และจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

1.4 ใบบทคัดย่อชื่อผู้เขียนทุกคนอยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยให้ท้ายชื่อชิดทางกรอบขวา และหน่วยงานที่สังกัดอยู่ ควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถอยู่ข้างล่างบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร Browallia New ขนาด 14 points

1.5 ให้ระบุ คำสำคัญและ Keyword ของเนื้อหา 3 – 5 คำ/วลี ตามเกณฑ์ ดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S NationalLibrary of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ พิมพ์เป็นพยัญชนะตัวใหญ่ทุกตัว และมีเครื่องหมาย Colon (:) หลังคำว่า คำสำคัญหรือ Keyword และคั่นระหว่างคำด้วยเครื่องหมาย comma (,)

1.6 ภาษาที่ใช้ ควรหลีกเลี่ยงคำศัพท์ภาษาอังกฤษ ควรใช้ภาษาอังกฤษเฉพาะคำที่ยังไม่มีคำแปลภาษาไทย หรือแปลแล้วไม่ได้ความหมายชัดเจน

2. บทความทางวิชาการ

2.1 ความยาวไม่ต่ำกว่า 4 หน้า และไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

2.2 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นการสรุปประเด็นเนื้อหาที่สำคัญ จากบทความนี้ไม่เกิน 200 คำ ควรใส่ผู้เขียนภาษาไทย และระบุชื่อผู้เขียนทุกคนอยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยให้ท้ายชื่อชิดทางกรอบขวา

2.3 ระบุตำแหน่งและหน่วยงานที่สังกัดอยู่ ควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถอยู่ข้างล่างบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร Browallia New ขนาด 14 points

3. รายงานการวิจัย ใช้รูปแบบการเตรียมต้นฉบับดังข้อ 1 ความยาวไม่เกิน 10 หน้า ไม่นับเอกสารอ้างอิงและรูปภาพ **(ส่วนเอกสารอ้างอิงควรอ้างอิงไม่เกิน 25 เรื่อง และทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)** ควรเรียงลำดับหัวข้อและรายละเอียดในแต่ละหัวข้อ ดังนี้

3.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ ชื่อผู้เขียนทุกคนพร้อมวุฒิทางการศึกษาอยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยให้ท้ายชื่อชิดทางกรอบขวาและหน่วยงานที่สังกัดอยู่ ควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถอยู่ข้างล่างบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร Browallia New ขนาด 14 points โดยมีรายละเอียดสรุปตามหัวข้อดังนี้ วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการวิจัย ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

3.2 บทนำ (ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา)

3.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

3.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย/สมมุติฐานการวิจัย

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย (ประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูล)

3.6 ผลการวิจัย การอภิปรายผลการวิจัย สรุปและข้อเสนอแนะ

3.7 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ควรพิมพ์แยก อย่างละ 1 แผ่น ไม่สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องให้เว้นที่ว่างไว้พอและเขียนกำกับในกรอบว่า

ใส่ตารางที่ 1	**ใส่ภาพที่ 1**

3.8 ภาพประกอบ (figure) ในกรณีที่เป็นไฟล์ควรอยู่ในรูป TIFF or EPS format ขนาด 1200 dpi สำหรับภาพสี หรือ 300 dpi สำหรับภาพขาวดำ กรณีที่เป็นกระดาษถ้าเป็นภาพลายเส้นเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ต ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ดเขียนหมายเลขลำดับภาพและศรแสดงด้านบนและล่างของภาพด้วยดินสอที่หลังภาพ

3.9 บทความหนึ่งเรื่องควรมีตาราง ภาพ ไม่เกิน 5 ตาราง/รูป และต้องขออนุญาตในกรณีที่นำข้อมูลในตาราง/ภาพ มาจากบทความ/งานของผู้อื่น

3.10 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) โดยใส่ตัวเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับการอ้างอิง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) คือ ถ้าอ้างผลงาน หรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนใดคนหนึ่งมาเขียน ให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ข้างท้ายด้านบนข้อความที่คัดลอกมา หรือข้างท้ายชื่อผู้แต่งที่อ้างถึง โดยเรียงลำดับตัวเลขให้ตรงกับหมายเลขของเอกสารอ้างอิงที่เขียนไว้ ตอนท้ายของบทความ

สามารถศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงใน Website:

http://www.library.uq.edu.au/training/citation/vancouv.pdf

http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf

การเขียนอ้างอิงแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

1. วารสาร

1.1 วารสารต่างประเทศ สิ่งที่จะต้องเขียน ได้แก่

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี พ.ศ. ปีที่พิมพ์. (Volume): หน้าที่อ้างอิง
#. Author of article AA, Author of article BB, Author of article CC. Title of article Abbreviated. Title of Journal year; vol (issue): page number(s).

ชื่อผู้แต่ง เขียนชื่อสกุล ต่อด้วยตัวอย่างของชื่อตัว และใส่เครื่องหมาย จุลภาค (,) หลังชื่อทุกคนจนสุดท้าย ให้ใส่เครื่องหมาย มหัพภาค (.) ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้เขียนทุกคน **ถ้าเกินกว่านี้ให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรก แล้วเติมคำว่าและคนอื่นๆ (et al.)**

ชื่อวารสาร เขียนตัวย่อเป็นมาตรฐานตาม Index Medicus ดูตัวอย่างได้จาก website: http://journalseek.net หรือ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ ทางเลือก Journals Database

ตัวอย่าง

1. Schrist KR, Walker SN, Pender NJ. Development a psychometric evaluation of exercise benefit/barriers scale. Res Nurs Health. 1987; 10:357- 65.

- ถ้าผู้แต่งเป็นคณะบุคคล กลุ่ม เช่น

1. The committee of AORN. Recommended Practice: Safe care through identification of potential hazards in the surgical environment. AORN J. 1995; 50:1050-55.

2. Gillespie NC, Lewis RJ, Pearn JH, Bourke ATC, Holmes MJ, Bourke JB, et al. Ciguatera in Australia: occurrence, clinical features, pathophysiology and management. Med J Aust. 1986; 145:584-90.

1.2 วารสารภาษาไทย

ใช้แบบเดียวกับวารสารต่างประเทศ โดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษ สามารถคันได้จากบทคัดย่อภาษาอังกฤษในวารสารภาษาไทยที่ตีพิมพ์ โดยเขียน นามสกุล ก่อน ตัวย่อเป็นภาษาอังกฤษ และลงท้ายด้วย (in Thai).

ตัวอย่าง

1. Keawvichit N, Thajeen K. Knowledge and the parental role in caring for children with heart disease. Songklanagarind Medical Journal. 2007; 25(4): 273-282. (in Thai).

2. ตำรา สิ่งที่จะต้องเขียน ได้แก่

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี พ.ศ.: หน้าที่อ้างอิง (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice**.** 3rd Edition. Connecticut: Appleton and Lange Publishers; 1996.p.35.

ถ้าอ้างอิงบทใดบทหนึ่งในตำรา สิ่งที่ต้องเขียนได้แก่

ชื่อผู้แต่ง (บทที่มีอ้างอิง). ชื่อเรื่องที่ใช้อ้างอิง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อตำรา, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าที่อ้างอิง

1.Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

-อ้างอิงของไทย

1.Soongsawang J. Congestive heart failure: an update. In: Soongsawang J, Limprayoon K, Ngerncham S, Khreapsabai S, Tharathip C, editors. Pediatricsin era. Bangkok: House Canyon View ltd; 2008. p. 129-48. (in Thai).

3. การอ้างอิงข้อมูลทางอิเล็กทรอนิคส์

การอ้างอิงข้อมูลทางอิเล็กทรอนิคส์สิ่งที่ต้องเขียนได้แก่

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://…….

1. Australian Institute of Health and Welfare. Chronic diseases and associated risk factors [document on the Internet]. Canberra: The Institute; 2004 [updated 2005 June 23; cited 2005 Jun 30]. Available from: http://www.aihw.gov.au/cdarf/index.cfm.

2. Stanley F. Information page - Professor Fiona Stanley. Telethon Institute for Child Health Research [homepage on the Internet]. Perth: The Institute; 2005 [cited 2005 Jun 30]. Available from: http://www.ichr.uwa.edu.au/about/schools/.

4. การอ้างอิง E-Journals

สิ่งที่ต้องเขียนได้แก่

#. Author A, Author B. Document title. Webpage name [format]. Source/production information; Date of internet publication [cited year month day]. Available from: URL.
ตัวอย่าง 1. Leroy EM, Telfer P, Kumulungui B, Yaba P, et al. A serological survey of Ebola virus infection in central African nonhuman primates. J Infect Dis. [abstract]. 2004 [cited 2005 Jun 30]; 190(11):1895. Available from: ProQuest. http://www.umi.com/proquest/.

5. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. [ประเภท ระดับปริญญา].เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา
ตัวอย่าง อ้างอิงของวิทยานิพน์ไทย 2. Kamproh S. The effectiveness of health education program upon maternal behaviorism caring for children with ventricular septal defect at Queen Sirikit Institute of Child Health. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2001. (in Thai).

การส่งต้นฉบับ

ผู้แต่ง (Author) สามารถส่งต้นบับ บทความวิจัย บทความวิชาการได้ที่ระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก Web Site http://www.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse โดยลงทะเบียนและส่งวารสารออนไลน์ตามคำแนะนำจากคู่มือการใช้งานวารสารอิเล็กโทรนิกส์ สามารถดูคู่มือคำแนะนำสำหรับผู้แต่ง (Author) จาก website: http://www.tci-thaijo.org/

เมื่อระบบได้รับบทความฯ เรียบร้อย ระบบจะแจ้งอีเมล์อัตโนมัติไปยังผู้แต่ง และผู้แต่งสามารถตรวจสอบสถานะของบทความได้ที่ระบบวารสารออนไลน์ เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับทางออนไลน์จะแจ้งตอบกลับให้ทราบในขั้นต้นว่าได้รับเอกสารเรียบร้อย และดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) อย่างน้อย 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ และดำเนินการแจ้งกลับให้ผู้แต่งให้ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ ตีพิมพ์โดยไม่แก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์ บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน บทความที่ปรากฏในวารสารนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้แต่ง ซึ่งสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกไม่จำเป็นต้องมีความเห็นด้วยเสมอไป

ถ้าผู้แต่งมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการส่งบทความฯ ออนไลน์ กรุณาติดต่อ ทางบรรณาธิการฯ ที่ ผศ.ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์ สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก โทร: 089-4952453 หรือ E-mail: d_wattradul@yahoo.com

แบบฟอร์มการส่งบทความวิชาการ/ บทความวิจัย ตีพิมพ์วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก

ชื่อบทความ / บทความวิจัย.....

ชื่อ.....นามสกุล.....(ผู้เขียนชื่อแรกที่ติดต่อกับวารสาร)

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน……..

ที่อยู่.....ถนน..... ซอย .....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล์.....

กรุณาตรวจสอบบทความวิชาการ/ บทความวิจัย ดังนี้ โดย ☑ ที่หน้าข้อก่อนส่ง

❑1. บทความวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์เลขที่.....

❑2. ขอรับรองว่าบทความวิจัย/ บทความวิชาการ ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ

❑3. ผู้เขียนได้สมัครเป็นสมาชิกวารสาร 3 ปี และสนับสนุนค่าตรวจสอบบทความวิจัย/วิชาการแล้ว
(พร้อมแนบหลักฐาน ใบสมัครสมาชิก ใบโอนเงินการตรวจสอบงานวิจัยทางธนาคารส่งทางไปรษณีย์)
ส่ง ผศ. ดร. ดวงกมล วัตราดุลย์ สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย) 39 หมู่ 9 ถนนติวานนท์ ต.บางกระสอ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทร: 089-4952453, 086-3081885 และ ส่งมาทางE-mail: d_wattradul@yahoo.com

❑4. ผู้เขียนได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการเขียนบทความ/ วิจัยลงตีพิมพ์วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอกทุกข้อก่อนส่งบทความ Submit online

กรณีเป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ❑ ปริญญาโท ❑ ปริญญาเอก

ชื่อสถานศึกษา.....

กรุณาตรวจสอบบทความวิชาการ/ บทความวิจัย ดังนี้โดย☑ ที่หน้าข้อก่อนส่ง

❑1. อาจารย์ที่ปรึกษาได้ตรวจสอบบทความวิจัยก่อนตีพิมพ์เรียบร้อยแล้วก่อนตีพิมพ์

❑2. อาจารย์ที่ปรึกษาเป็น Correspondent author

❑3. นักศึกษาเป็น Correspondent author

Correspondent author e-mail……

โทรศัพท์.....ที่อยู่.....

❑ 4. ผู้เขียนได้สมัครเป็นสมาชิกวารสาร 3 ปี และสนับสนุนค่าตรวจสอบบทความวิจัย/วิชาการแล้ว
(พร้อมแนบหลักฐานใบสมัครสมาชิก ใบโอนเงินธนาคารส่งทางไปรษณีย์)

❑5. บทความวิจัย ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ

❑6. ผู้เขียนได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการเขียนบทความ/ วิจัยลงตีพิมพ์วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอกทุกข้อ ก่อนส่งบทความ Submit online

ลงนามชื่อนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ลงนามอาจารย์ที่ปรึกษา

..... …….

(.....) (.....)

วันที่..... วันที่.....