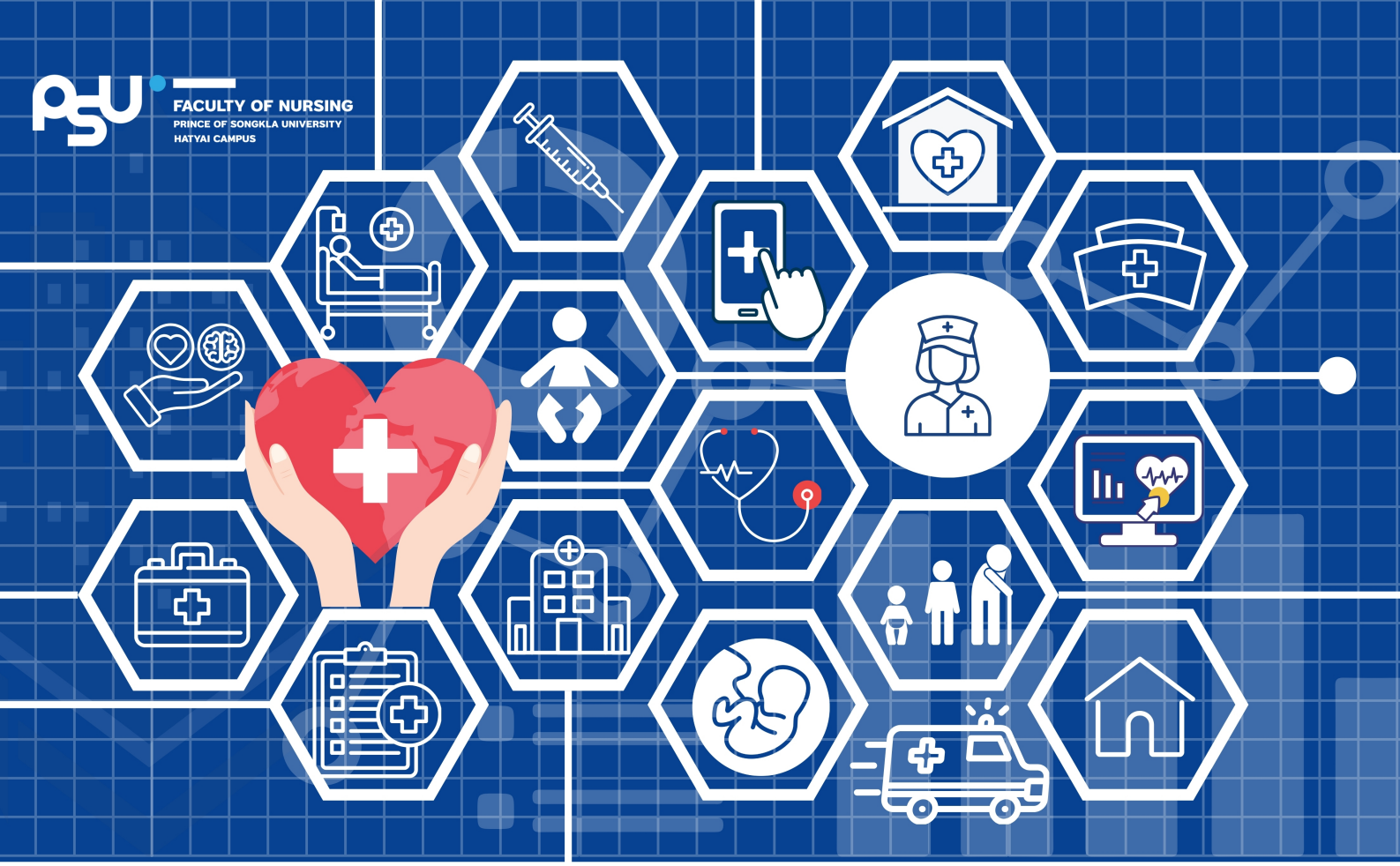
FACULTY OF NURSING
PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY
HATYAI CAMPUS



วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Journal of Research in NURSING - MIDWIFERY AND HEALTH SCIENCES

VOL. 45 NO. 1 JANUARY - APRIL 2025

ปีที่ 45 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

JRN-MHS

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

ISSN 2985-0061 (Online)

วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพ โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องและการใช้นวัตกรรมในการพยาบาล

กำหนดออกวารสาร

ปีละ 3 ฉบับ ในเดือน มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

สำนักงานกองบรรณาธิการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทร. 074-286452 โทรสาร 074-286421
E-mail: sjnpsu@gmail.com Website: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/index

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รักษาการบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กองบรรณาธิการภายในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล
รองศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิราสัณห์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ชัชเวช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีนุช พุ่มมณี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา
รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี คมจักรพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี คำจันทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์

กองบรรณาธิการภายนอกมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ศาสตราจารย์ ดร.สุสัณหา ยิ้มแย้ม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ	นักวิชาการอิสระ
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวรางกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัติศัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Professor Rozzano Locsin. Ph.D., RNC, FAAN	Department of Nursing and Caring Science, Institute of Health Biosciences, The University of Tokushima Graduate School, Japan.
Professor Tetsuya Tanioka, Ph.D., RN, FAAN	Department of Nursing Management, Institute of Health Biosciences, The University of Tokushima Graduate School, Japan.
Professor Patricia A. Prelock, Ph.D., CCC-SLP	College of Nursing and Health Sciences, The University of Vermont, United States of America.
Professor Eleanor Holroyd, Ph.D., (Med Anthro), RN	School of Clinical Sciences, Faculty of Health and Environmental Sciences, Auckland University of Technology, New Zealand.
Martin Woods, Ph.D., RN	School of Nursing, Victoria University of Wellington, New Zealand
Professor Dr. Alison Hutchinson	School of Nursing and Midwifery of Melbourne Burwood Campus, The Deakin University. Australia.

กอง Copy Editor

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุลีพร พรหมพาหกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกณิกา จิรัชยาพร
ดร.ปุณยนุช สุทธิพงค์
ดร.สุกานดา บุญคง
ดร.ปิยะดา ไชยศรี

กอง Copy Editor

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลพร สมานกสิกรณ์
ดร.ณัฐษยกานต์ นาคทอง
ดร.ศิริพร เวชโช
ดร.ศศิธร มุกประดับ

เจ้าหน้าที่งานวารสาร

นางสาวเฉลิมวรรณ ยกเลื่อน
นางสาวศิณีนาถ มณีรัตน์
นางสาวพัชรินทร์ อินทรัศมี

หมายเหตุ บทความและรายงานวิจัยในวารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
มีความยินดีรับบทความวิจัย บทความวิชาการทางด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสุขภาพของประชาชนทุกสุขภาวะ ทุกช่วงวัย และการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก ที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในเอกสารใดๆ
โดยส่งบทความมาที่บรรณาธิการวารสารฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สำหรับคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับท่านสามารถดูรายละเอียดได้ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/index

วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences

สารบัญ

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกในโรงพยาบาลทุติยภูมิ 1
Predictive Factors of Cesarean Section in Primiparous Women in a Secondary Hospital

จันทร์จิรา ปันแก้ว นัฏยา พรมาลัยรุ่งเรือง นัชภากรณ์ พัฒนกิจสามารถ
Janjira Pankaew Nuttaya Pornmalairungruang Natchapakorn Pattanakijsamard

ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลกับการใช้สุนทรียศาสตร์ ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิก 10
Experiences of Undergraduate Nursing Students in Using Aesthetics in Clinical Practice

กรรทิมา มีสุนทร วราภรณ์ คงสุวรรณ บุศรา หมื่นศรี
Kanthima Meesoonthorn Waraporn Kongsuwan Busara Muensri

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 23
Factors Predicting Health-Promoting Behaviors of Older Adults in Prawet District, Bangkok

สุภิญญา บุญศรีบาดาล มลินี สมภพเจริญ ชวภณ สารข้าวคำ
Supinya Bunsribadan Malinee Sompopcharoen Chawapon Sarnkhaowkhom

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
Effects of a Self-Regulation Program on Knowledge and Self-Care Behaviors of Hospitalized Heart Failure Patients 37

กนกพร ขันแก้ว Kanokporn Khankaew
อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ Atchariya Wonginchan
สุภัทร์ชัย พันธุ์ชัย Supatchai Pancha
วิชัย เส้นทอง Vichai Senthon
สุภาวิณี สีพาลา Supawinee Seepala
วิมลพร ธีระวัฒนานันท์ Wimolporn Teerawattananant
มัณฑนา สังคมกำแหง Supawinee Seepala
อรุณศรี แสนเมือง Wimolporn Teerawattananant

ผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
The Effect of Caregiver Coaching Program for Social Support on Psychological Well-Being Among Older Persons with Depression 52

อินทุอร ก้านกิ่ง Intu-on Kanking
วีณา คันฉ้อง Weena Chanchong
อรวรรณ หนูแก้ว Orawan Nukaew

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคที เพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
The Development of Nutritional Self-Management Integrated With the SKT Meditation Therapy Program to Control Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting Among Patients With Breast Cancer 65

ญาดา หอมประกอบ Yada Homprakob
พัชรี คมจักรพันธุ์ Patcharee Komjakraphan
หทัยรัตน์ แสงจันทร์ Hathairat Sangchan

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 80
Effects of a Discharge Planning with Mobile Health-based Continuity of Care Program on Self-care Behaviors, and Rehospitalization in Patients with Heart Failure
กษมพร สุวรรณชาตรี วศินี สมศิริ
Kasamaporn Suwanchatree Vasinee Somsiri

การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเอง โดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกล สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง 95
Development of the Telehealth Self-Management Prototype for Older Adults at Risk of Stroke

จันทรา พรหมน้อย ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ วศินี สมศิริ เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์
Chantra Promnoi Luppana Kitrungrote Vasinee Somsiri Pensiri Authawong

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

Predictive Factors of Cesarean Section in Primiparous Women in a Secondary Hospital

จันทร์จิรา ปันแก้ว[1] *นัฏยา พรมาลัยรุ่งเรือง*[2*] *นัชภากรณ์ พัฒนกิจสามารถ*[1]

Janjira Pankaew[1] *Nuttaya Pornmalairungruang*[2*] *Natchapakorn Pattanakijsamard*[1]

[1]*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดสมุทรปราการ*[1]

Registered Nurse, Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

[2]*ผู้ตรวจการพยาบาลงานการพยาบาลผ่าตัดและห้องคลอด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดสมุทรปราการ*

[2]*Nursing Supervisor, Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand.*

**ผู้รับผิดชอบหลัก: nutty0076@gmail.com*

**Corresponding author: nutty0076@gmail.com*

Received 13 September 2024 • Revised 11 February 2025 • Accepted 11 February 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ* ***วิธีการ:*** *วิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 190 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุตัวแปร* ***ผลการศึกษา:*** *จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 190 ราย มีการผ่าตัดคลอด 78 ราย (ร้อยละ 41.05) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมารดามากกว่า 35 ปี (adjusted OR = 2.14, 95% CI: 1.25-3.67, p = .005) ดัชนีมวลกายมากกว่า หรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/เมตร2 (adjusted OR 4.22, 95% CI 1.78-9.99, p = .001) โรคประจำตัวของมารดา (adjusted OR 1.87, 95% CI 1.13-3.09, p = .015) ความยาวเส้นรอบศีรษะทารกมากกว่า 34 เซนติเมตร (adjusted OR 2.21, 95% CI 1.19-4.09, p = .011) การฝากครรภ์แบบพิเศษ (adjusted OR 20.00, 95% CI 2.54-157.34, p<.001) น้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 3,500 กรัม (adjusted OR 3.57, 95% CI 1.22-10.45, p = .02) และประสบการณ์แพทย์มากกว่า 5 ปี (adjusted OR 2.37, 95% CI 1.21-4.64, p = .012)* ***สรุป:*** *ปัจจัยสำคัญที่ทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ได้แก่ อายุมารดามากกว่า 35 ปี ดัชนีมวลกายสูง โรคประจำตัวของมารดา ความยาวเส้นรอบศีรษะทารกมากกว่า 34 เซนติเมตร การฝากครรภ์แบบพิเศษ น้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 3,500 กรัม และประสบการณ์แพทย์มากกว่า 5 ปี ผลการศึกษานี้*

สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย; การผ่าตัดคลอด; หญิงตั้งครรภ์แรก; โรงพยาบาลทุติยภูมิ

Abstract

Objective: *To analyze predictive factors for cesarean section in primiparous women delivering at a secondary hospital.* ***Methods:*** *A retrospective analytical study was conducted using medical records of 190 primiparous women who delivered at a secondary hospital between January 1 and December 31, 2023. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression.* ***Results:*** *Among the 190 participants, 78 (41.05%) underwent cesarean section. Factors significantly associated with cesarean section included maternal age over 35 years (adjusted OR 2.14, 95% CI 1.25-3.67, p = .005) body mass index ≥ 30 kg/m^2 (adjusted OR 4.22, 95% CI 1.78-9.99, p = .001) estimated fetal weight >3,500 grams (adjusted OR 3.78, 95% CI .75-19.06, p = .107) maternal underlying diseases (adjusted OR 2.18, 95% CI 1.16-4.10, p=.015) fetal head circumference >34 cm (adjusted OR 2.21, 95% CI 1.19-4.09, p = .011) private antenatal care (adjusted OR 20.00, 95% CI 2.54-157.34, p < .001) birth weight > 3,500 grams. (adjusted OR 3.57, 95% CI 1.22-10.45, p = .02) and physician experience of more than 5 years. (adjusted OR 2.37, 95% CI 1.21-4.64, p = .012)* ***Conclusion:*** *Key predictors of cesarean section in primiparous women at a secondary hospital include maternal age over 35 years, high body mass index, maternal underlying diseases, fetal head circumference >34 cm, private antenatal care, birth weight >3,500 grams, and physician's experience of more than 5 years. These findings can inform the development of care guidelines and counseling for primiparous women to reduce unnecessary cesarean sections in secondary hospitals.*

Keywords: predictive factors; cesarean section; primiparous women; secondary hospital

ความสำคัญของปัญหา

การคลอดบุตรเป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่สำคัญ โดยทั่วไปแล้วการคลอดทางช่องคลอดถือเป็นวิธีการคลอดที่ปลอดภัยและเหมาะสมที่สุดสำหรับมารดาและทารก อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกและในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก ซึ่งสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) แนะนำไว้ที่ร้อยละ 10-15 ของการคลอดทั้งหมด[1,2] สถิติในประเทศไทยพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในช่วงปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2564 สูงถึงร้อยละ 35 หรือ 1 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 ของเอเชีย รองจากประเทศจีน[3-5]

การผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์อาจส่งผลเสียต่อมารดาและทารก เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การตกเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ปัญหาในระยะหลังคลอด การฟื้นฟูสภาพ ความสามารถในการแสดงบทบาทมารดา รวมถึงการให้นมบุตร และภาวะเครียดในระยะหลังคลอด[6] นอกจากนี้ยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นกว่าการคลอดปกติถึง 2-3 เท่า โดยเฉพาะกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน[7-9] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดคลอด เช่น อายุมารดา ดัชนีมวลกาย น้ำหนักทารกที่คาดการณ์ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์[10] อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่มักทำในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งอาจมีบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลทุติยภูมิ

โรงพยาบาลทุติยภูมิเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลมารดาและทารกในระดับที่ซับซ้อนขึ้น สามารถให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน แต่ยังไม่ซับซ้อนเท่ากับโรงพยาบาลตติยภูมิ[11] ดังนั้นการศึกษา

ปัจจัยที่ทำนายการผ่าตัดคลอดในบริบทโรงพยาบาลนี้จึงมีความจำเป็น เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางการลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิที่ให้บริการด้านสูติกรรมแก่ประชาชนในพื้นที่จังหวัดของภาคกลางและจังหวัดใกล้เคียง จากสถิติการให้บริการคลอดในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกสูงถึงร้อยละ 40[12] ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ WHO ได้แนะนำเช่นกัน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดในบริบทของโรงพยาบาลนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมการคลอดทางช่องคลอดให้มากขึ้น และลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น การศึกษานี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่มหลักที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านมารดา ทารก และระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย การศึกษา อาชีพ และรายได้

2. ปัจจัยด้านความต้องการการดูแล เช่น โรคประจำตัวของมารดา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และประสบการณ์การคลอด

3. ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ น้ำหนักทารกที่คาดการณ์และขนาดเส้นรอบศีรษะทารก

4. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น ประเภทการฝากครรภ์ ประสบการณ์ของผู้ทำคลอด

จากเหตุผลที่กล่าวมา งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การวางแผนการคลอด และการลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นในบริบทโรงพยาบาลทุติยภูมิของเราและสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

ปัจจัยด้านมารดา ทารก และระบบบริการสุขภาพสามารถทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่มหลัก

1. ปัจจัยด้านมารดา

1.1 อายุมารดา โดยอายุมากกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้น[13,14]

1.2 ดัชนีมวลกาย พบว่า ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์สูงสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดมากขึ้น[15,16]

1.3 ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการคลอด[9,10]

1.4 โรคประจำตัวของมารดา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด[17,18]

2. ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการคลอด

2.1 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เพิ่มโอกาสการผ่าตัดคลอด[11,19]

2.2 ประเภทการฝากครรภ์ พบว่าการฝากครรภ์กับสูติแพทย์หรือการฝากครรภ์แบบพิเศษมีสัดส่วนการผ่าตัดคลอดสูงกว่า[11,20]

3. ปัจจัยด้านทารก

3.1 น้ำหนักทารกแรกเกิด โดยทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้น[11]

3.2 ความผิดปกติของทารกในครรภ์ เช่น ทารกตำแหน่งผิดปกติ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้า[11]

3.3 ขนาดเส้นรอบศีรษะทารก โดยทารกที่มีเส้นรอบศีรษะใหญ่มีโอกาสคลอดยากและต้องใช้การผ่าตัดคลอดมากขึ้น[20]

4. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

4.1 ประสบการณ์ของผู้ทำคลอด พบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์มากกว่ามีแนวโน้มเลือกผ่าตัดคลอดสูงขึ้น[21]

4.2 นโยบายของโรงพยาบาล เช่น อัตรากำลัง เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์[8] ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด

โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และอาจส่งผลร่วมกันต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยเหล่านี้ในบริบทของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการดูแลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกโดยการวิเคราะห์แบบหลายปัจจัยในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกทั้งหมดที่มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวนทั้งสิ้น 798 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในช่วงเวลา วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 การศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) โดยเรียงลำดับรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 798 ราย ตามวันที่มาคลอด จากนั้นคำนวณช่วงของการสุ่ม (sampling interval) โดยหารจำนวนประชากรทั้งหมด 798 ราย ด้วยขนาดตัวอย่างที่ต้องการ 190 ราย ได้ช่วงการสุ่มเท่ากับ 4 แล้วสุ่มเลือกจุดเริ่มต้นระหว่าง 1-4 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย หลังจากนั้นเลือกรายชื่อทุก ๆ ลำดับที่ 4 จนครบ 190 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ครบกำหนด (37-42 สัปดาห์) และเข้ารับการดูแลก่อนคลอดที่โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า และข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Hsieh, et al.[22] สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบหลายตัวแปร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 อัตราการผ่าตัดคลอดทั่วไปในประเทศไทยที่ร้อยละ 35 และคาดว่าปัจจัยที่ศึกษาจะเพิ่มโอกาสการผ่าตัดคลอด 2 เท่า (OR = 2.0) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 146 ราย และเพิ่มอีกเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อรองรับข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์ รวมเป็นขนาดตัวอย่างที่ต้องการทั้งสิ้น 190 ราย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. MURA2024/175 เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวเช่น ชื่อนามสกุล ภูมิลำเนา และอาชีพ แต่ใช้ study ID แทนเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และทำลายทันทีหลังจากผลการศึกษาได้รับการเผยแพร่ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ นามสกุลที่แท้จริง หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ โดยให้รหัสแทน การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุถึงบุคคลหรือกรณีเฉพาะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมดำเนินการทบทวนเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง และบันทึกข้อมูลที่ต้องการลงในแบบเก็บข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่สอดคล้องกัน จะมีการทบทวนจากเวชระเบียนซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ สมุดบันทึกสถิติการคลอดของหน่วยงานที่บันทึกโดยพยาบาล ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic medical record: EMR) จากแบบบันทึกของแพทย์ แบบบันทึกการพยาบาล (nurse's note) และแบบสรุปคลอด ข้อมูลมารดา ข้อมูลการคลอด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด ข้อมูลของทารก

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ครอบคลุมทั้งสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุตัวแปรเป็นวิธีหลักในการระบุปัจจัยทำนายการผ่าตัดคลอด ข้อมูลเชิงคุณภาพจะนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้ Chi-square test, fisher's exact test และ independent t-test ตามความเหมาะสม ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ จะแสดงเป็น adjusted odds ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 การตรวจสอบข้อสมมติทางสถิติ และการใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ SPSS Statistics 18.0 ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < .05$

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์กับวิธีการคลอด (N=190)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	การผ่าตัดคลอด (n=78)	การคลอดทางช่องคลอด (n=112)	p-value
อายุ (ปี), M ± SD	28.52 ± 5.24	26.83 ± 4.92	.024*
สถานภาพสมรส			.156
ระดับการศึกษา			.606
อาชีพ			.693
สิทธิ์การรักษา			.225
ข้อมูลสูติกรรมและการตั้งครรภ์			
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์), M ± SD	10.24 ± 4.12	11.53 ± 5.21	.082
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์), M ± SD	38.52 ± 1.23	39.14 ± 1.15	.045*
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.^{2}), n (%)			< .001*
< 25	11 (14.10)	31 (27.68)	
25-29.90	31 (39.74)	57 (50.89)	
≥ 30	36 (46.15)	24 (21.43)	
มีโรคประจำตัว			.667
ประเภทการฝากครรภ์			.089
ทั่วไป	66 (84.62)	110 (98.21)	
พิเศษ	12 (15.38)	2 (1.79)	
ข้อมูลทารก			< .001*
น้ำหนักทารกที่คาดการณ์ (กรัม)**, n (%)			
≤ 3,500	68 (87.18)	108 (96.43)	
> 3,500	10 (12.82)	4 (3.57)	
ความยาวเส้นรอบศีรษะทารก (เซนติเมตร), n (%)			.107
≤ 34	44 (56.41)	83 (74.11)	
> 34	34 (43.59)	29 (25.89)	.011*

*p-value <.05, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ** ประเมินโดยสูติแพทย์ประจำห้องคลอดด้วยการตรวจทางคลินิก (Leopold's maneuver) ร่วมกับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) โดยวัด BPD, HC, AC, FL และคำนวณด้วยสูตร Hadlock ภายใน 1 สัปดาห์ก่อนการคลอด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิกและด้านบุคลากรกับวิธีการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก 190 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการนำที่มาโรงพยาบาล น้ำหนักทารกแรกเกิด และประสบการณ์ของแพทย์ผู้ทำคลอด มีความสัมพันธ์กับวิธีการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยหญิงที่มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดมีสัดส่วนการคลอดทางช่องคลอดสูงกว่าการผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 55.36 และ ร้อยละ 24.36 ตามลำดับ) ในขณะที่ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด > 3,500 กรัม มีสัดส่วนการผ่าตัดคลอดสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 19.23 และร้อยละ 6.25 ตามลำดับ) และแพทย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี มีแนวโน้มทำการผ่าตัดคลอดสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 20.51 และ ร้อยละ 9.82 ตามลำดับ) ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยทางคลินิกและประสบการณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยทางคลินิกและด้านบุคลากรที่สัมพันธ์กับวิธีการคลอด (N=190)

ตัวแปร	การผ่าตัดคลอด (n=78)	การคลอดทางช่องคลอด (n=112)	p-value
อาการนำที่มาโรงพยาบาล, n (%)			<.001*
เจ็บครรภ์คลอด	19 (24.36%)	62 (55.36%)	
นัดกระตุ้นการคลอด	31 (39.74%)	40 (35.71%)	
นัดผ่าตัดคลอด	16 (20.51%)	0 (0.00%)	
อื่น ๆ	12 (15.38%)	10 (8.93%)	
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม), n (%)			.020*
< 2,500	3 (3.85%)	12 (10.71%)	
2,500-3,000	25 (32.05%)	42 (37.50%)	
3,000-3,500	35 (44.87%)	51 (45.54%)	
> 3,500	15 (19.23%)	7 (6.25%)	
ประสบการณ์ของแพทย์ผู้ทำคลอด, n (%)			.012*
Intern/Resident	26 (33.33%)	60 (53.57%)	
1-5 ปี	36 (46.15%)	41 (36.61%)	
> 5 ปี	16 (20.51%)	11 (9.82%)	

*p-value < .05

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรเพื่อระบุปัจจัยทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุมารดา≥ 35 ปี (adjusted OR = 2.65) ดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม.^{2} (adjusted OR = 3.22) โรคประจำตัวของมารดา (adjusted OR = 1.87), ความยาวเส้นรอบศีรษะทารก > 34 ซม. (adjusted OR = 2.21), การฝากครรภ์แบบพิเศษ(adjusted OR = 20.00), น้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 3,500 กรัม (adjusted OR = 3.57) และประสบการณ์แพทย์มากกว่า 5 ปี (adjusted OR = 2.37) โดยการฝากครรภ์แบบพิเศษมีความสัมพันธ์สูงที่สุด (adjusted OR = 20.00, 95% CI: 2.54-157.34) รองลงมาคือน้ำหนักทารกแรกเกิด >3,500 กรัม และดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม.^{2} ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่ควรพิจารณาในการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น ดังตาราง 3

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกจำนวน 190 ราย พบอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 41.05 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด พบว่า การฝากครรภ์แบบพิเศษมีความสัมพันธ์สูงที่สุด (adjusted OR = 20.00) รองลงมาคือดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม.^{2} (adjusted OR = 4.22) และน้ำหนักทารกมากกว่า 3,500 กรัม (adjusted OR = 3.57) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประสบการณ์

ตาราง 3 ปัจจัยทำนายการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก: ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (N = 190)

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุมารดา ≥ 35 ปี	2.65	1.32-5.32	.006*
ดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม.^{2}	3.22	1.78-5.84	.001*
โรคประจำตัวของมารดา	1.87	1.13-3.09	.015*
ความยาวเส้นรอบศีรษะทารก >34 ซม.	2.21	1.19-4.09	.011*
การฝากครรภ์แบบพิเศษ	20.00	2.54-157.34	<.001*
น้ำหนักทารกแรกเกิด >3,500 กรัม	3.57	1.22-10.45	.02*
ประสบการณ์แพทย์ > 5 ปี	2.37	1.21-4.64	.012*

OR = odds ratio, CI = confidence interval, *p-value < .05
หมายเหตุ: อายุมารดาถูกจัดกลุ่มเป็น <35 ปี และ ≥ 35 ปี โดยกลุ่มอายุ < 35 ปี ถูกใช้เป็นกลุ่มอ้างอิง (reference group)

แพทย์มากกว่า 5 ปี อายุมารดามากกว่า 35 ปี ความยาวเส้นรอบศีรษะทารกมากกว่า 34 ซม. และการมีโรคประจำตัวของมารดา และเมื่อวิเคราะห์แต่ละปัจจัยพบว่า การฝากครรภ์แบบพิเศษมีความสัมพันธ์สูงสุดกับการผ่าตัดคลอด (adjusted OR = 20.00, 95% CI: 2.54-157.34, p < .001) ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างในการดูแลและกระบวนการตัดสินใจระหว่างการฝากครรภ์แบบทั่วไปและแบบพิเศษ[11] รวมถึงปัจจัยด้านความคาดหวังของผู้รับบริการ และนโยบายของสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Harrison, et al.[10] ที่พบว่าปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีผลต่ออัตราการผ่าตัดคลอด

สำหรับดัชนีมวลกาย ≥30 กก./ม.^{2} มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR = 4.22, 95% CI: 1.78-9.99, p = .001) เนื่องจากภาวะอ้วนส่งผลต่อการสะสมไขมันในอุ้งเชิงกราน ทำให้ช่องคลอดแคบและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทารกตัวโต[5] สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiavarini, et al.[16] ที่พบว่าดัชนีมวลกายที่สูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดถึง 2.50 เท่า ดังนั้นการให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด

ด้านน้ำหนักทารกมากกว่า 3,500 กรัม (adjusted OR = 3.57, 95% CI: 1.22-10.45, p = .020) และความยาวเส้นรอบศีรษะทารกมากกว่า 34 ซม. (adjusted OR = 2.21, 95% CI: 1.19-4.09, p = .011) มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, et al.[6] ที่พบว่าขนาดทารกที่ใหญ่เพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดและภาวะแทรกซ้อน

อายุมารดามากกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR = 2.14, 95% CI: 1.25-3.67, p = .005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Frick[13] และ Zeevi, et al.[23] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุมารดาที่เพิ่มขึ้นกับโอกาสที่จะต้องผ่าตัดคลอด เนื่องจากมีผลต่อความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อและการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูก

โรคประจำตัวของมารดา (adjusted OR = 1.87, 95% CI: 1.13-3.09, p = .015) มีผลต่อการผ่าตัดคลอด เนื่องจากส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดในรกและการเจริญเติบโตของทารก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรคเรื้อรังเพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด[17,18] และประสบการณ์แพทย์มากกว่า 5 ปี (adjusted OR = 2.37, 95% CI: 1.21-4.64, p = .012) มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Sentilhes, et al.[21] ที่พบว่าประสบการณ์ของแพทย์มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางด้านมารดา ทารก และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmed, et al.[9] และ Harrison, et al.[10] ที่พบว่าการผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้านทั้งลักษณะทางประชากร ปัจจัยทางคลินิก และระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อย่างรอบด้าน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ การควบคุมน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวอย่าง

ใกล้ชิด และการประเมินขนาดทารกอย่างแม่นยำ[24]

นอกจากนี้ ควรมีการทบทวนแนวทางการตัดสินใจผ่าตัดคลอดและส่งเสริมการคลอดทางช่องคลอดในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก[1,25] รวมถึงการพัฒนาทักษะและความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลการคลอดทางช่องคลอด ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นและส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่ดีทั้งต่อมารดาและทารกในบริบทของโรงพยาบาลทุติยภูมิ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา: เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน อาจมีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล คือ ข้อมูลรายได้ที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดคลอดไม่ได้ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียน

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง: การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 ราย และงานวิจัยนี้ไม่ได้นำเสนอค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการผ่าตัดคลอด มีเพียงการรายงานค่า odds ratio และช่วงความเชื่อมั่น อาจไม่เพียงพอในการอธิบายความสัมพันธ์ที่แท้จริงระหว่างตัวแปร ทำให้อาจมีข้อจำกัดในการแปลผลและการนำไปประยุกต์ใช้

3. การศึกษาในโรงพยาบาลเดียว: การเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทุติยภูมิเพียงแห่งเดียว อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าดัชนีมวลกายสูง โรคประจำตัวของมารดา ขนาดทารก การฝากครรภ์แบบพิเศษและประสบการณ์ของแพทย์ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสในการผ่าตัดคลอด ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ การควบคุมน้ำหนัก การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างใกล้ชิด และการประเมินขนาดทารกอย่างแม่นยำ นอกจากนี้ ยังควรมีการทบทวนแนวทางการตัดสินใจผ่าตัดคลอดและพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลการคลอดทางช่องคลอด เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตัดสินใจหรือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เช่น การให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคลอด เช่น การควบคุมน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ การดูแลตนเองกรณีมีโรคประจำตัว การตัดสินใจทางคลินิกในการผ่าตัดคลอด โดยเน้นการประเมินข้อบ่งชี้ การพิจารณาความเสี่ยงและประโยชน์ และการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน สำหรับแพทย์ทุกระดับประสบการณ์

2. โรงพยาบาลควรทบทวนและปรับปรุงแนวทางการฝากครรภ์แบบพิเศษ โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาผ่าตัดคลอดที่ชัดเจน และส่งเสริมการคลอดทางช่องคลอดในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร ฝ่ายการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่อนุญาตให้ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยและทีมมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และการเขียนบทความวิจัย พร้อมทั้งร่วมกันปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนเพื่อตีพิมพ์ จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Nov 3]. Available from: https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access
2. Mueller NT, Differding MK, Østbye T, et al. Association of birth mode of delivery with infant faecal microbiota, potential pathobionts, and short chain fatty acids: A longitudinal study over the first year of life. BJOG. 2021; 128(8): 1293-303. doi: 10.1111/1471-0528.16633.
3. Yan J, Wang L, Yang Y, et al. The trend of caesarean birth rate changes in China after 'universal two-child policy'era: A population-based study in 2013–2018. BMC Med. 2020; 18: 1-9. doi: 10.1186/s12916-020-01714-7.
4. Sungkar A, Basrowi RW. Rising trends and indication of caesarean section in Indonesia. World. Nutr. J. 2020; 4(2): 1-7. doi: 10.25220/WNJ.V04.S2.0001.

5. Patamasingh Na Ayudhaya O, Kittikraisak W, Phadungkiatwatana P, et al. Evaluation of cesarean delivery rates and factors associated with cesarean delivery among women enrolled in a pregnancy cohort study at two tertiary hospitals in Thailand. BMC Pregnancy Childbirth. 2024; 24(1): 149. doi: 10.1186/s12884-024-06314-4.
6. Mojtahedi MF, Sepidarkish M, Almukhtar M, et al. Global incidence of surgical site infections following caesarean section: A systematic review and meta-analysis. J Hosp Infect. 2023; 139: 82-92. doi: 10.1016/j.jhin.2023.05.019.
7. Bosson-Amedenu S, Anafo A, Ouerfelli A, et al. Examining cesarean section rates in Ghana's 10 regions over a decade a comprehensive national investigation. Biomed Res Int. 2024; 2024: 3774435. doi: 10.1155/2024/3774435.
8. Visser GH, Ubom AE, Neji K, et al. FIGO opinion paper: Drivers and solutions to the cesarean delivery epidemic with emphasis on the increasing rates in Africa and Southeastern Europe. Int J Gynaecol Obstet. 2023; 163(Suppl2): 5-9. doi: 10.1002/ijgo.15111.
9. Ahmed MS, Islam M, Jahan I, et al. Multilevel analysis to identify the factors associated with caesarean section in Bangladesh: Evidence from a nationally representative survey. International Health. 2023; 15(1): 30-6. doi: 10.1093/inthealth/ihac006.
10. Harrison MS, Garces AL, Goudar SS, et al. Cesarean birth in the Global Network for Women's and Children's Health Research: Trends in utilization, risk factors, and subgroups with high cesarean birth rates. Reprod Health. 2020; 17(Suppl3): 165. doi: 10.1186/s12978-020-01021-7.
11. Gedefaw G, Demis A, Alemnew B, et al. Prevalence, indications, and outcomes of caesarean section deliveries in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. Patient Saf Surg. 2020; 14: 1-10. doi: 10.1186/s13037-020-00236-8.
12. Labor and Delivery Statistics, Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital. Annual report 2022. Samut Prakan: Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital; 2023. Thai.
13. Frick AP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2021; 70: 92-100. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.07.005.
14. Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2021; 70: 2-9. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.006.
15. Jevitt CM. Management of labor and delivery to reduce risk for cesarean birth in eomen with obesity. Curr Obstet Gynecol Rep. 2023; 12(2): 103-16. doi: 10.1007/s13669-023-00361-y.
16. Chiavarini M, De Socio B, Giacchetta I, et al. Overweight and obesity in adult birth by cesarean section: A systematic review with meta-analysis. J Public Health Manag Pract. 2023; 29(2): 128-41. doi: 10.1097/PHH.0000000000001687.
17. Deshpande RR, Matsuzaki S, Cox KR, et al. Incidence, characteristics, and maternal outcomes of pregnancy with uterine prolapse. Am J Obstet Gynecol MFM. 2023; 5(8): 101020. doi: 10.1016/j.ajogmf.2023.101020.
18. Machado-Gédéon A, Badeghiesh A, Baghlaf H, et al. Adverse pregnancy, delivery and neonatal outcomes across different advanced maternal ages: A population-based retrospective cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2023; 17: 100180. doi: 10.1016/j.eurox.2023.100180.
19. Khan MN, Kabir MA, Shariff AA, et al. Too many yet too few caesarean section deliveries in Bangladesh: Evidence from Bangladesh Demographic and Health Surveys data. PLOS Glob Public Health. 2022; 2(2): e0000091. doi: 10.1371/journal.pgph.0000091.
20. Tienmontree K, Chunuan S, Kala S. Factors influencing decision-making for cesarean section among primigravidae. NJPH. 2021; 31(1): 96-109. Thai.
21. Sentilhes L, Madar H, Ducarme G, et al. Outcomes of operative vaginal delivery managed by residents under supervision and attending obstetricians: A prospective cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol. 2019; 221(1): 59.e1-15. doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.044.
22. Hsieh FY, Lavori PW, Cohen HJ, et al. An overview of variance inflation factors for sample-size calculation. Eval Health Prof. 2003; 26(3): 239-57. doi: 10.1177/0163278703255230.
23. Zeevi G, Zlatkin R, Hochberg A, et al. Is there an age limit for a trial of vaginal delivery in Nulliparous women?. J Clin Med. 2023; 12(11): 3620. doi: 10.3390/jcm12113620.
24. Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA, et al. Births: Final data for 2020. Natl Vital Stat Rep. 2022; 70(17): 1-50. doi: 10.15620/cdc:112078.
25. Rudey EL, do Carmo Leal M, Rego G. Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system. Medicine (Baltimore). 2020; 99(17): e19880. doi: 10.1097/MD.0000000000019880.

บทความวิจัย

ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลกับการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิก
Experiences of Undergraduate Nursing Students in Using Aesthetics in Clinical Practice

กรรทิมา มีสุนทร[1*] *วราภรณ์ คงสุวรรณ*[2] *บุศรา หมื่นศรี*[3]
Kanthima Meesoonthorn[1*] *Waraporn Kongsuwan*[2] *Busara Muensri*[3]

[1]*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*
[1]*Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*
[2]*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*
[2]*Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*
[3]*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*
[3]*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*

**ผู้รับผิดชอบหลัก: kanthima.s@psu.ac.th*
**Corresponding author: kanthima.s@psu.ac.th*

Received 21 November 2024 • Revised 9 February 2025 • Accepted 10 February 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่ออธิบายความหมายของประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลกับการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิก* ***วิธีการ:*** *การวิจัยเชิงคุณภาพแบบเฮอเมนนิวติกส์ตามปรัชญาของการ์ดาเมอร์ ผู้ให้ข้อมูล คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลการสะท้อนประสบการณ์ผ่านการวาดภาพและภาพถ่าย และการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์และตีความภาพและบทสัมภาษณ์ตามวิธีของคงสุวรรณ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามเกณฑ์ของลินคอนและกูบา* ***ผลการศึกษา:*** *ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของประสบการณ์ประกอบด้วย 7 หมวด ได้แก่ 1) การสร้างความงดงามในการดูแล 2) การสร้างสัมพันธภาพอย่างรู้จักตัวตน 3) การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจ 4) การสั่งสมประสบการณ์ของการเข้าใจผู้อื่น 5) การแสดงออกของความอ่อนโยน 6) การให้คุณค่ากับการดูแลผ่านงานศิลปะ และ 7) การทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน* ***สรุป:*** *ผลการศึกษาทำให้เข้าใจความรู้สึกและการแสดงออกทางสุนทรียะที่นักศึกษาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าของสุนทรียศาสตร์ที่ทำให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและผู้ป่วยอยู่ภายใต้ความเข้าใจผู้อื่น และนำมาซึ่งการสร้างสรรค์การดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อปลูกฝังให้นักศึกษามีความรู้และพฤติกรรมเชิงสุนทรียะในการพยาบาลต่อไป*

คำสำคัญ: ประสบการณ์; นักศึกษาพยาบาล; สุนทรียศาสตร์; ฝึกทางคลินิก

Abstract

Objective: *To describe the meaning of nursing students' experiences in using aesthetics in caring for patients during clinical practice.* ***Method:*** *A qualitative research method informed by hermeneutics grounded on Gadamer's philosophy was used to guide the study. The participants included twelve third-year nursing students enrolled in the academic year 2022. Data were collected through drawings and photographs and in-depth individual interviews using semi-structured interview guides. Data were collected between November 2023 and January 2024. Pictures and interview transcriptions were analyzed and interpreted following Kongsuwan's approach. Trustworthiness of the study was established following Lincoln and Guba's criteria.* ***Results:*** *The meanings of the experiences consisted of seven thematic categories: 1) Creating beauty in caring; 2) Building relationships with knowing a true person; 3) Creative communication to foster understanding; 4) Accumulating experiences of empathy; 5) Expressing gentleness; 6) Valuing care through art; and 7) Forming good feelings towards each other.* ***Conclusion:*** *The results of this study provide an understanding of the feelings and aesthetic expressions that students use in nursing practice. It reflects the value of aesthetics that facilitates the interaction between students and patients under empathetic understanding and leads to the delivery of appropriate care. Therefore, in nursing education, nursing instructors can use the results of this study as a guide for developing teaching and learning to instill knowledge and aesthetic acts in the students' nursing practice.*

Keywords: experiences; nursing students; aesthetics; clinical practice

ความสำคัญของปัญหา

แม้ความหมายของสุนทรียศาสตร์ จะเป็นปรัชญาที่ว่าด้วยเรื่องความงามและสิ่งที่งามในธรรมชาติหรือศิลปะ[1] ที่มีการแบ่งสุนทรียศาสตร์ (aesthetic realms) ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ดนตรี 2) ทัศนศิลป์ เช่น วาดเขียน ศิลปะภาพพิมพ์ จิตรกรรม ประติมากรรม และสถาปัตยกรรม 3) ศิลปะแห่งการเคลื่อนไหว การเต้นรำและการเล่น และ 4) ศิลปะวรรณคดี เช่น โคลงนวนิยาย และนิทาน[2] สำหรับมุมมองของสุนทรียศาสตร์ทางการพยาบาลที่กล่าวถึงโดย Carper[3] เป็นเรื่องของการรับรู้และเข้าใจความต้องการของผู้อื่น และมีการแสดงออกว่ามีการรับรู้ถึงความต้องการนั้น คาร์เปอร์ ให้ความสำคัญกับความเข้าใจผู้อื่น (empathy) ซึ่งถือเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของพยาบาลในการแสดงถึงความสามารถของการมีส่วนร่วมหรือสัมผัสความรู้สึกของผู้อื่น และเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญของรูปแบบความรู้ทางสุนทรียศาสตร์ เช่นเดียวกับ Boykin, Parker and Schoenhofer[4] กล่าวว่า ความรู้ทางการพยาบาลเกิดขึ้นจากสถานการณ์ของการพยาบาลที่ต้องอาศัยความเข้าใจและความซาบซึ้ง ความรู้ทางสุนทรียศาสตร์จะนำพาไปสู่ความรู้ในรูปแบบอื่นที่ทำให้เกิดการรับรู้และการเข้าใจผู้ป่วยทั้งคน (whole person) สุนทรียศาสตร์ในการพยาบาลตามมุมมองของ Kongsuwan[5] เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาบาลและผู้ได้รับการดูแลที่มีการแสดงให้เห็นผ่านการแสดงออกทางสุนทรียะ (aesthetic expression) ทำให้เกิดการออกแบบการดูแลที่สร้างความพึงพอใจทั้งสองฝ่าย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสุนทรียศาสตร์มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] โดยส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดี สร้างแรงจูงใจ ช่วยในการควบคุมตนเองและมีเป้าหมายในการเรียนเพิ่มขึ้น[7] นอกจากนี้ยังพบว่าการสอนอย่างมีสุนทรียะในชั้นเรียนภาษาอังกฤษผ่านงานศิลปะ ได้แก่ ภาพวาด ภาพประกอบ เรื่องแต่ง สุภาษิตหรือคำพูด ช่วยพัฒนาความจำของคำศัพท์และการเรียนรู้ภาษาอังกฤษของนักเรียนดีขึ้น[8] อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านส่วนใหญ่จะทำการศึกษาผู้เรียนในวัยเด็ก[6-8]

สำหรับบริบทของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มุ่งเน้นพัฒนานักศึกษาให้มีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานสากลเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะ

องค์รวมภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมาย มีทักษะแห่งการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและเรียนรู้ตลอดชีวิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563) ได้มีการนำหลักการสะท้อนคิดการปฏิบัติ (reflective practice) มาใช้เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการเรียนการสอน[9] John[10] กล่าวว่าการสะท้อนคิดการปฏิบัติจะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจและเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ส่งผลให้มีการพัฒนาตนเองเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลในอนาคต การสะท้อนคิดตามรูปแบบความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลของคาร์เปอร์ถูกนำมาใช้ในการเรียนการสอนครั้งแรกสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน โดยในวันปฐมนิเทศของรายวิชาฯ มีการสอนเกี่ยวกับหลักการเขียนสะท้อนคิดตามรูปแบบความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลของคาร์เปอร์ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยความรู้เชิงประจักษ์ (empirics) ความรู้เชิงจริยธรรม (ethics) ความรู้เชิงบุคคล (personal knowledge) และความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์ (aesthetics)[3] ทั้งนี้ยังมีเอกสารประกอบการสอนหัวข้อหลักการเขียนสะท้อนคิดตามรูปแบบความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลของคาร์เปอร์ในระบบ LMS2@PSU เพื่อนักศึกษาสามารถอ่านทบทวนในระหว่างการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาฯ นักศึกษาจะได้รับมอบหมายให้เขียนรายงานสะท้อนคิดการเรียนรู้ตามรูปแบบความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลของคาร์เปอร์ ทั้ง 4 ด้าน ในแต่ละสัปดาห์จำนวน 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง โดยมีอาจารย์นิเทศประจำกลุ่มให้ข้อเสนอแนะป้อนกลับเป็นรายบุคคลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการเขียนสะท้อนคิดในครั้งต่อไป เมื่อนักศึกษาเข้าสู่ชั้นเรียนในชั้นปีที่ 3 มีการมอบหมายให้นักศึกษาเขียนรายงานสะท้อนคิดการเรียนรู้ตามรูปแบบความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลของคาร์เปอร์ ทั้ง 4 ด้านในระหว่างการขึ้นฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 และ 2 จำนวน 2 ครั้งต่อรายวิชาฯ โดยนักศึกษาจะได้รับข้อเสนอแนะป้อนกลับเป็นรายบุคคลจากอาจารย์นิเทศประจำกลุ่มเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการเขียนสะท้อนคิดในครั้งต่อไป

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับสุนทรียศาสตร์ในนักศึกษาพยาบาลยังพบได้น้อยโดยการศึกษาในต่างประเทศ Nguyen-Truong, et al.[11] พบว่ามีการนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ในการส่งเสริมการสะท้อนคิดในการปฏิบัติการพยาบาล และการเรียนรู้เชิงลึกของนักศึกษาพยาบาล เช่น การอ่านออกเสียงบทกวี การเจริญสติ กิจกรรมร้อยเชือก และการวาดภาพการ์ตูน ซึ่งมีส่วนช่วยในการพัฒนาความตระหนักรู้ในตนเองและส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษามากขึ้น สำหรับมุมมองของนักศึกษาพยาบาลชาวตุรกี พบว่าสุนทรียะเป็นศิลปะทางการพยาบาลแขนงหนึ่งที่มีความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับศิลปะอื่น ๆ[12] สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับสุนทรียศาสตร์ในนักศึกษาพยาบาลผ่านการแสดงออกด้วยการวาดภาพ คำอธิบายภาพ และการสัมภาษณ์เชิงลึก แต่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายต่อประสบการณ์ต่าง ๆ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายต่อการดูแลในการพยาบาล[13] การให้ความหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย[14] และประสบการณ์การเรียนรู้ในรายวิชาการพัฒนาวิชาชีพและศาสตร์ทางการพยาบาล[15] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิกโดยผ่านการแสดงออกทางสุนทรียะตามความถนัด เช่น การใช้ภาพประกอบ (illustration) จิตรกรรม (painting) ภาพถ่าย (photograph) ดนตรี (music) และบทกวี (poem) เป็นต้น

ผู้วิจัยเชื่อว่าแม้ว่าการสะท้อนประสบการณ์ชีวิต ความรู้สึกนึกคิดเป็นเรื่องยากที่จะบรรยายออกมาได้อย่างลึกซึ้ง การได้เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้อธิบายประสบการณ์ตรงผ่านการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความเข้าใจในมุมมองของนักศึกษาอย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิกผ่านการแสดงออกทางสุนทรียะ ด้วยงานศิลปะต่าง ๆ ตามความถนัด เพื่อจะนำผลวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดทัศนคติที่ดีในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิกต่อไป

คำถามการวิจัย

ความหมายของประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิกเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายความหมายของประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิก

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research design) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอเมนนิวติกส์ (hermeneutic phenomenology) เพื่ออธิบายประสบการณ์นักศึกษาพยาบาลในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิก โดยถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านงานศิลปะ ได้แก่ การวาดภาพและระบายสี และการถ่ายภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยการแสดงออกทางสุนทรียะผ่านงานศิลปะ ได้นำปรัชญาแนวคิดของ Gadamer[16] และทฤษฎีการปฏิบัติการพยาบาลเชิงสุนทรีย์ (Theory of Aesthetic Nursing Practice)[5] มาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายผลการศึกษา

ปรัชญาเฮอร์แมนนิวติกซ์ของการ์ดาเมอร์ เป็นการค้นหาความจริงของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาผ่านการตีความ ทั้งนี้ผู้ตีความจะต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องราวที่ศึกษาภายใต้เงื่อนไขที่ว่าผู้ตีความไม่สามารถแยกตัวเองออกจากสิ่งที่กำลังรับรู้ได้ นั่นหมายความว่าผู้ตีความไม่สามารถตีความหรือทำความเข้าใจตัวบทโดยปราศจากอคติได้ ทั้งนี้การ์ดาเมอร์กล่าวว่างานศิลปะเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งมีความหมายหรือความจริงซ่อนอยู่ จึงให้แนวคิดในการค้นหาความจริงของประสบการณ์ที่แสดงออกในงานศิลปะ[16]

ทฤษฎีการปฏิบัติการพยาบาลเชิงสุนทรีย์[5] พัฒนาโดยรองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ เป็นทฤษฎีระดับกลางที่เน้นการดูแลโดยการให้การพยาบาล ประกอบด้วย 5 ฐานคิด คือ 1) บุคคลมีการดูแลโดยคุณธรรมของความเป็นมนุษย์ 2) บุคคลมีความเป็นทั้งหมด (wholeness) หรือหนึ่งเดียว (oneness) มีความรู้สึกนึกคิด ความปรารถนา ความหวังและความฝัน และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต ไม่สามารถที่จะคาดเดาหรือทำนายได้ 3) บุคคลร่วมสร้างการแสดงออกทางสุนทรียะการพยาบาล 4) บุคคลร่วมกันมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม 5) สุนทรียศาสตร์ทางการพยาบาลอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางสุนทรียะ พยาบาลนำฐานคิดนี้มาใช้ในการดูแลบุคคลตามกระบวนการปฏิบัติของสุนทรียศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตและต่อเนื่อง 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการของการทำความรู้จัก 2) กระบวนการของการร่วมสร้างสัมพันธภาพทางการดูแล และ 3) กระบวนการของการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายภายใต้สิ่งแวดล้อมทางสุนทรียะที่เป็นมิติของบุคคล (subjective domain) และมิติของวัตถุ (objective domain) ทฤษฎีนี้ให้คุณค่าในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลบุคคลโดยผ่านการแสดงออกทางสุนทรียะ ซึ่งเป็นการสื่อความหมายของประสบการณ์โดยใช้งานศิลปะ ทำให้เข้าใจประสบการณ์นั้นได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น[5]

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ซึ่งผ่านการขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานในชั้นปีที่ 2 และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ในชั้นปีที่ 3 และในช่วงการเก็บข้อมูลนักศึกษาแต่ละตอน (section) จะหมุนเวียนขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ ทั้งนี้ ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานมีการปฐมนิเทศหัวข้อหลักการสะท้อนคิดตามรูปแบบความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลของคาร์เปอร์ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เชิงประจักษ์ ความรู้เชิงจริยธรรม ความรู้เชิงบุคคล และความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์ และมีเอกสารการสอนประกอบที่นักศึกษาสามารถทบทวนได้ หลังจากนั้นนักศึกษาจะได้รับมอบหมายเขียนสะท้อนคิดตามรูปแบบความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลของคาร์เปอร์ ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานจำนวน 6 ครั้ง และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 จำนวน 2 ครั้ง โดยมีอาจารย์นิเทศประจำกลุ่มให้ข้อเสนอแนะป้อนกลับเป็นรายบุคคล คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเฉพาะเจาะจง ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะฝึกปฏิบัติบนคลินิก และมีประสบการณ์ในการเขียนรายงานการสะท้อนคิดภายหลังการขึ้นฝึกปฏิบัติทางคลินิกตามรูปแบบความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลของคาร์เปอร์ อย่างน้อย 1 ครั้ง 2) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา 3) สื่อสารโดยการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) สามารถสะท้อนประสบการณ์ผ่านงานศิลปะตามความถนัด การศึกษาครั้งนี้ พบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองทางจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัส PSU IRB 2023-LL-Nur-028) (internal) (31 ต.ค. 2566 – 31 ต.ค. 2568) หลังจากโครงการผ่านการรับรองทางจริยธรรม ผู้วิจัยประกาศเชิญชวนนักศึกษาพยาบาลผ่านทางประธานชั้นปี นักศึกษาที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการแจ้งรายชื่อผ่านประธานชั้นปี จากนั้นผู้วิจัยคัดกรองคุณสมบัติ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่เป็นผู้ที่เคยนิเทศนักศึกษาที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ทำการนัดหมายวัน และเวลาในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขออนุญาตทำการบันทึกเสียงก่อนทุกครั้ง ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และแจ้งถึงสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการตอบคำถามในข้อที่ไม่สะดวกตอบ ผู้วิจัยรักษาความลับโดยไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับในที่ปลอดภัย และจะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัยใน 3 ปี การรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคล ภาพวาดและภาพถ่ายที่ใช้ในการเผยแพร่ตีพิมพ์ครั้งนี้ได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยการขอให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์การใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิกโดยใช้ศิลปะตามความถนัด ได้แก่ การวาดภาพและระบายสี และการถ่ายภาพ เป็นต้น โดยผู้วิจัยเตรียม ดินสอ ยางลบ สี และกระดาษ จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) และบันทึกเสียง ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการใช้ศิลปะสะท้อนประสบการณ์ สามารถใช้การเล่าเรื่องราวผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในขณะสัมภาษณ์ และการบันทึกภาคสนาม โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามสัมภาษณ์ แบบบันทึกภาคสนาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้แก่ “สุนทรียศาสตร์ในความเข้าใจของนักศึกษาหมายถึงอะไร ลองยกตัวอย่างตามความเข้าใจ” “งานศิลปะที่นักศึกษาถ่ายทอดมานี้คืออะไร สีหรือองค์ประกอบในงานศิลปะนั้นหมายถึงอะไร” “ศิลปะชิ้นนี้สะท้อนความหมายของสุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิกอย่างไร” “นักศึกษาช่วยเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยในขณะขึ้นฝึกทางคลินิก” “นักศึกษารู้สึกอย่างไรบ้างหลังจากที่ได้ใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิกอะไรที่ทำให้รู้สึกอย่างนั้น” ทั้งนี้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือในการวิจัย การศึกษานี้มีผู้วิจัย 1 ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ และพัฒนาวิธีการวิจัยแบบเฮอเมนนิวติกส์และการวิเคราะห์ข้อมูลและตีความข้อมูลจากงานศิลปะ (art works) และตัวบท (text)[5] ซึ่งได้นำมาใช้ในการศึกษานี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยอีก 2 ท่าน ได้ผ่านการเรียนรู้การวิจัยเชิงคุณภาพและผ่านการฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการที่ศึกษาในครั้งนี้

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Kongsuwan[5] ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวิเคราะห์และตีความข้อมูลจากงานศิลปะและตัวบท ได้แก่ วิเคราะห์ชิ้นงานตีความและสะท้อนความหมายของงานศิลปะโดยใช้สุนทรียะสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล จากนั้นอ่านบทถอดเทปสัมภาษณ์หรือตัวบท เพื่อทำความเข้าใจและเน้นคำ วลี ประโยค และ/หรือการบรรยายที่เป็นสาระสำคัญ (theme) จากนั้นอ่านและอ่านซ้ำสาระสำคัญอย่างละเอียด และจัดกลุ่มสาระสำคัญ 2) ขั้นตอนการสังเคราะห์ความหมายของประสบการณ์ ผู้วิจัยเชื่อมโยงความสอดคล้องระหว่างงานศิลปะกับความหมายของแต่ละหมวดหมู่ (thematic categories) จากนั้นทบทวนความสอดคล้องอีกครั้ง และ 3) ขั้นตอนการนำเสนอความหมายของประสบการณ์ ผู้วิจัยจะเขียนและนำเสนอความหมายของแต่ละหมวดหมู่โดยใช้ภาษาของตัวเองและใช้ตัวอย่างจากข้อความและผลงานทัศนศิลป์ของผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness)ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลงานวิจัยคุณภาพตามกรอบแนวคิดของ Lincoln and Guba[17] โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนดคือ นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกปฏิบัติทางคลินิก ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าโดยดูความสอดคล้องของคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

กับรูปภาพ และสีหน้าท่าทางขณะให้ข้อมูล ผู้วิจัยเขียนบันทึกภาคสนามเพื่อบันทึกเหตุการณ์ พฤติกรรมและสะท้อนความรู้สึกของผู้วิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัย 2 คน แยกกันวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำตารางการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาร่วมกันกับนักวิจัยอีก 1 ท่านและร่วมกันตรวจสอบกลุ่มความหมาย และความสอดคล้องของข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 12 คน มีอายุระหว่าง 21-23 ปี เป็นเพศหญิงทั้งหมด ผู้ให้ข้อมูลสร้างชิ้นงานศิลปะโดยการวาดภาพด้วยมือและโปรแกรมแคนวา (Canva) จำนวน 11 คน และใช้ภาพถ่าย จำนวน 1 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อขยายความเพิ่มเติม จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบกลุ่มความหมายในประสบการณ์ของการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วย 7 ประการ ดังนี้

1. การสร้างความงดงามในการดูแล เป็นการดูแลที่ช่วยให้ชีวิตของผู้ที่ได้รับการดูแลเปลี่ยนจากความรู้สึกท้อแท้ให้กลับมีชีวิตชีวา และมีความสดใส สบายใจ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

"สุนทรียศาสตร์คืออะไรก็ตามที่สวยงาม ที่สามารถช่วยให้คน ๆ หนึ่ง เหมือนเป็นดอกไม้ที่มีสีสันขึ้นมา จากที่มีขาวดำ แต่ความที่เรามีสุนทรีย์ในชีวิต ทุกอย่างไบรท์ (สว่าง) colorful (มีสีสัน) ขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

"เป็นศาสตร์หนึ่งที่ช่วยชโลมจิตใจ แล้วยิ่งถ้าเราเอามาใช้กับคนไข้เหมือนจิตใจเขาจากเดิมที่เขารู้สึกท้อแท้กลายเป็นมีชีวิตชีวามากขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของสุนทรียศาสตร์ ดังภาพ 1 ที่ว่าเป็นการสร้างความงดงามในการดูแล เปรียบได้กับภาพดอกไม้ด้านซ้ายเป็นดอกไม้ที่มีความเหี่ยวเฉา ไม่มีกิ่งก้าน ไม่มีสีสันเสมือนผู้ป่วยที่มีความท้อแท้ ห่อเหี่ยวใจ สิ้นหวัง แต่เมื่อพยาบาลให้การดูแลด้วยความเอาใจใส่ เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม พูดคุยในสิ่งที่จรรโลงใจทำให้ผู้ป่วยที่กำลังรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังกลับมีชีวิตชีวา สดใส และมีความหวังในการมีชีวิตอีกครั้งเหมือนภาพดอกไม้ด้านขวาที่มีความสดชื่น มีสีสันสดใส มีความสวยงาม เบ่งบาน

ภาพ 1 วาดโดย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11
แหล่งที่มา: พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11

2. การสร้างสัมพันธภาพอย่างรู้จักตัวตน เป็นวิธีการทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพผ่านการทำความเข้าใจความเป็นตัวตนของบุคคล โดยอาจศึกษาเกี่ยวกับภูมิหลัง ประวัติและความชอบของบุคคลนั้น ซึ่งสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะไม่ใช่การรู้จักทั่วไป แต่จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการมากยิ่งขึ้นตามมา ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ และปฏิบัติการพยาบาลเด็ก และดังภาพ 2

"เริ่มพูดคุยเหมือนทลายกำแพงก่อน ส่วนใหญ่หนูว่าการหยิบเรื่องลูกมาพูดจะเป็นการทำลายกำแพงได้ดีที่สุดค่ะ ก็คือเหมือนแซวว่าลูกชายหรือลูกสาวคะ ดื้นเก่งจัง จะดื้อไหมนะ แล้วก็ถามว่าพี่พยาบาลบอก (ปากมดลูก) เปิดกี่เซนติเมตรแล้วคะ ก็แบบมีอะไรก็ถามได้นะคะ ถ้าปวดมากขึ้นหรือปวดเบ่งก็บอกนะคะ เขาก็จะรู้สึกว่าโอเค เราไม่ได้คุยแค่เรื่องว่าเขากำลังปวดท้องอยู่แต่เราคุยว่าลูกเขาเป็นเพศไหน ทำให้รู้สึกว่าแบบเป็นการไม่ได้คุยแค่เรื่องที่เขามารับบริการ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

"ถามญาติว่าเหมือนปกติเวลาอยู่บ้านน้องชอบดูอะไร ชอบภาพแบบไหน เขาก็จะให้หมวดมาว่า เป็นเจ้าหญิงนะ เป็นการ์ตูนนะ เราก็จะได้แบบไปหาหมวดตามแบบที่น้องเขาชอบจะได้มาคุยให้ตรงกัน...น้องเขาก็คุยกับหนูมากขึ้น จะเข้าไปทำอะไรน้องก็เริ่มมองหน้าหนูมากขึ้น เริ่มมองหน้ามองตายิ้มให้หนู หนูว่าการที่เราได้หาสิ่งที่ผู้ป่วยชอบหรือสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจหรืออะไรที่มาจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเอง ทำให้เราเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น แล้วเรามีการสื่อสารกันมากขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ภาพ 2 วาดโดย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12
แหล่งที่มา: พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12

3. การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เป็นการสื่อสารความรู้สึก นึกคิด ระหว่างผู้ที่ให้การดูแลกับผู้ที่ได้รับการดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจความหมายที่ต้องการสื่อสารได้ถูกต้อง ซึ่งการสื่อสารที่สร้างสรรค์ อาจมีการปรับน้ำเสียง คำพูด ท่าทางให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับบุคคลในแต่ละวัย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า สุนทรียะไม่ได้เป็นเพียงศิลปะในการพูดโน้มน้าว แต่เป็นการทำความเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล ทั้งความแตกต่างของบุคลิกภาพ และช่วงวัย และมีการเลือกใช้วิธีการพูด ภาษาที่เหมาะสมกับบุคคลนั้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เป็นการโน้มน้าวผ่านคำพูดของเรา เหมือนเป็นคำพูดเป็นศิลปะอย่างนึงที่เราจะบอกว่าต้องทำอย่างนี้ อย่างนั้นะ แต่ไม่ใช่ แต่เป็นการเข้าใจมากกว่าค่ะ คนนี้เขาเป็นประเภทนี้เขาเป็นแบบนี้แสดงว่าเราต้องพูดยังไง ใช้คำพูดแบบไหนให้เขาทำตามเป้าหมายที่เราต้องการได้ เป็นการสื่อสารที่เป็นการเข้าใจมากกว่าค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ถ้าเป็นผู้ป่วยเด็กเราก็อาจจะเปลี่ยนทำนอง โทนเสียงค่ะ...พอเล่านิทานก็จะพยายามเล่าเป็นทำนอง เป็นเรื่องราว แบบทำนอง เสียงก็จะต่างกันไป จะมีหลายเสียงที่แบบใช้คุยกับน้องค่ะ โทนเสียงก็ปรับสูงต่ำให้ดูน่าสนใจมากขึ้น...เคสสูงอายุที่ลงตามบ้าน...เราก็ต้องพูดให้ใช่ไหมคะ เราก็ต้องปรับไปตามบริบทของเขาค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

เมื่อประเมินแล้วว่าวิธีการสื่อสารด้วยรูปแบบเดิมไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่ได้รับการดูแลได้ จึงคิดวิธีการและรูปแบบการสื่อสารอื่นมาใช้ในการทำความเข้าใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่ได้รับการดูแลให้ได้มากที่สุด เช่น ผู้ที่ได้รับการดูแลไม่สามารถสื่อสารและไม่เข้าใจภาษาไทย หากใช้ท่าทางประกอบแล้วไม่ได้ผลก็จะใช้โปรแกรมกูเกิลทรานสเลต (Google Translate) ดังกรณีชาวพม่าที่รักษาตัวในห้องคลอด ชาวรัสเซียที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และชาวจีนที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเด็ก ซึ่งทั้งผู้ที่ได้รับการดูแลและญาติไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาอังกฤษและภาษาไทยได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงใช้โปรแกรมกูเกิลทรานสเลต (Google Translate) ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ และปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ดังนี้

“เขาไม่เข้าใจแล้วเขาก็จะเบ่ง (คลอด) แบบอึ๊ด อึ๊ด ตามที่เขาอยากเบ่งค่ะ แล้วก็เหมือน (คลอด) ออกยากค่ะ เพื่อนที่อยู่โซนห้องคลอดก็เลยใช้ Translate (แปลภาษา) กับ Google (เว็บไซต์กูเกิล) พอใช้ไปปุ๊บเขาก็เริ่มเข้าใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“คนไข้รัสเซียค่ะ เขามาเที่ยวไทยแล้วก็ arrest (หัวใจหยุดเต้น) ไป 8 นาที แล้วเขาก็ปั๊มใหม่ เหมือนญาติพูดไทย พูดอังกฤษไม่ได้เลย ไม่เข้าใจเลย แล้วเขาก็ใส่ท่อ (ท่อช่วยหายใจ) อยู่ข้างใน หนูไม่รู้จะสื่อสารยังไงให้เขาเข้าใจ...หนูพยายามใช้สุนทรียะใช้ท่าทางภาษามือ...และใช้ Google Translate (โปรแกรมช่วยแปลภาษา) ...สุดท้ายเขาก็บอกว่าโอเค เขาดีใจมากเขาเขียนลง Google Translate (โปรแกรมช่วยแปลภาษา) ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 สะท้อนว่าใช้วิธีการสื่อสารหลายรูปแบบ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ คอมพิวเตอร์ มาประกอบการสอน ทำให้ผู้ได้รับการดูแลเกิดความสนใจและเข้าใจมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล และภาพ 3

“หนูว่าเป็นการสื่อสารแบบไม่ต้องใช้คำพูดค่ะ เราอาจใช้อย่างอื่นแทนการสื่อสารให้คนไข้ดีขึ้นได้ เหมือนเป็นภาพให้เขาดูแผ่นพับ โปสเตอร์ ฟังเพลง เปิดวิดีโอ ตัวเขาก็เข้าใจมากขึ้นเข้าใจมากกว่าพูดลอย ๆ ค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

ภาพ 3 วาดโดย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2
แหล่งที่มา: พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

4. การสั่งสมประสบการณ์ของการเข้าใจผู้อื่น เป็นการใช้ประสบการณ์ของตนเองในการเข้าใจตนเองจากประสบการณ์ที่เคยเผชิญครั้งนั้นและครั้งต่อมา ทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์และนำไปใช้ในการทำความเข้าใจผู้ที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการใช้สุนทรียศาสตร์เป็นทักษะหนึ่งนอกเหนือจากความรู้ที่ต้องมีการฝึกปฏิบัติ การใช้สุนทรียศาสตร์แต่ละครั้งแตกต่างกัน ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเหมือนเป็นการสั่งสมประสบการณ์ การใช้สุนทรียศาสตร์เป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ ทำให้เกิดความกล้าและมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“พอเราผ่านประสบการณ์จากคนนี้มาคนต่อไปเราก็เข้าใจเขามากขึ้น พัฒนาตัวเองมากขึ้น ประสบการณ์จะทำให้เราเปลี่ยนแปลงรูปแบบที่เราจะคุยให้มีความลึกมากขึ้น เข้าถึงจิตใจมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“บางอย่างก็ได้มาจากที่เราเรียนจิตเวช แต่จิตเวชอยู่ปลาย ๆ แล้ว กว่าที่หนูจะได้แบบนี้ เหมือนที่เพื่อนหลายคนกว่าจะได้พูด มีการตกตะกอน ต้องผ่านประสบการณ์หลายวิชา เหมือนหนูถ้าย้อนไปรายวิชา Funda (ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน) หนูอาจจะไม่ได้พูดแบบนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

ผู้ให้ข้อมูลยังได้สะท้อนเรื่องการสั่งสมประสบการณ์ผ่านภาพวาดเป็นภาพของตนเองอยู่ตรงกลางและมีภาพซ้อนทับด้วยภาพบุคคลที่มีหลากหลายสี ดังภาพ 4

ภาพ 4 วาดโดย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8
แหล่งที่มา: พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

5. การแสดงออกของความอ่อนโยน เป็นการดูแลและช่วยเหลือด้วยคำพูด น้ำเสียง และท่าทางที่อ่อนโยน เป็นการดูแลร่างกายและจิตใจที่สอดแทรกความห่วงใยควบคู่ไปด้วย ไม่ได้เป็นการทำตามบทบาทหน้าที่ แต่เป็นการดูแลด้วยจิตใจที่โอบอ้อมอารีและปรารถนาดี ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าสุนทรียศาสตร์ เป็นการแสดงออกของผู้ให้การดูแลที่มีต่อผู้ได้รับการดูแลอย่างอ่อนโยน ทั้งการใช้แววตา น้ำเสียง คำพูด และกิริยาท่าทางที่แสดงออกระหว่างการดูแล แม้ว่าผู้ได้รับการดูแลจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เป็นสิ่งที่สำคัญมากที่จะต้องพูดคุยกับเขาด้วยความนุ่มนวล... หนูก็พยายาม gently (อ่อนโยน) กับเขามากที่สุดต่อให้เขาไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกตัว แต่เวลาจะแทง medicut (การเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย) หนูก็จะขออนุญาตทุกครั้ง เดี๋ยวจะเจาะเลือดนะ เดี๋ยวจะไปตรวจเจ็บนิดนึงนะ ต่อให้เขาไม่ได้รู้สึกตัวหรือแค่กระพริบตาแล้วก็มองหนูไม่รู้ว่ารู้เรื่องไหม ไม่รู้ว่าเขาสื่อสารภาษาไทยได้ไหม แต่หนูก็พยายามอธิบายแล้วก็พยายามให้เห็นว่าเราหวังดีกับเขานะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“หนูจะพยายามแสดงแววตาที่เหมือนใส่ใจเขามากขึ้น ถ้าใส่ mask (หน้ากากอนามัย) ก็อาจจะไม่เห็น แต่ว่าหนูก็พยายามยิ้มให้ถึงตาค่ะ แล้วก็ใช้น้ำเสียงที่ค่อนข้างอ่อนโยนนิดนึง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“การมีจิตใจโอบอ้อมอารีค่ะ แบบเขาเรียกว่าความใจดีของพยาบาลค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

สุนทรียศาสตร์ไม่ได้เป็นการทำตามบทบาทหน้าที่ แต่เป็นการแสดงถึงความห่วงใยและปรารถนาดีร่วมด้วย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการดูแลผู้ได้รับการดูแลที่กำลังเผชิญกับความปวดว่าไม่ได้เป็นเพียงการให้ยาเพื่อลดปวดเท่านั้น แต่จะมีการสอบถามความปวด ความกังวล หรือชวนคุยเรื่องอื่น ๆ ด้วยความสนใจอีกด้วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“คุยด้วยความ nice (เป็นมิตร) ไม่ได้กระแทกกระทั้นหรือไม่ได้แค่ให้ยาแล้วก็ไป แต่ว่าหนูก็ถามว่าปวดมากไหมแล้วก็ชวนเขาเดินชวนเขากายภาพ...คือไม่ใช่แค่ให้ยาแล้วก็จบ ตอนที่หนูอยู่ห้องคลอดถามว่ารู้ตัวตอนไหนว่าท้อง แล้วตั้งชื่อลูกหรือยัง ที่มาของชื่อลูกเป็นยังไง แล้วก็จะชอบถามไปเรื่อยให้คนไข้แบบหายกังวลค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

6. การให้คุณค่ากับการดูแลผ่านงานศิลปะ เป็นการดูแลที่มีการนำงานศิลปะหลากหลายรูปแบบมาใช้ในระหว่างการดูแล เพื่อให้ผู้ได้รับการดูแลรู้สึกผ่อนคลาย โดยงานศิลปะนั้นอาจเป็นวัตถุ สิ่งของที่ช่วยในการถ่ายทอดความรู้สึก และ

สร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เช่น การใช้ดนตรี ภาพวาด และ ระบายสี เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าในระหว่างการดูแลได้นำงานศิลปะในรูปแบบต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความชอบและความเชื่อของผู้ที่ได้รับการดูแลมาสอดแทรกอยู่ในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ที่ได้รับการดูแลเกิดความรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เปิดเพลงที่เขาชอบค่ะ ให้เขาเลือกเพลงที่ชอบให้เขาฟัง หนูรู้สึกว่าหน้าเขาดูผ่อนคลายมากขึ้น ดูสดชื่นมากขึ้น จากที่แบบหน้าหมองอยู่ในห้อง ก็ดูสดชื่นมากขึ้น แถมยังบอกให้เปิดเพลงอื่นอีกค่ะ มีขอเพิ่มด้วยค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ก็เหมือนก่อนที่จะเปิดเพลงค่ะ เขาก็จะ agitate (กระวนกระวาย) บ้างค่ะ แต่หลังจากเปิดเพลงเขาดูสงบลงดูผ่อนคลายเหมือนตอนแรกมือเขาจะเกร็ง พอเปิดเพลงปุ๊บก็คลายเกร็งบ้าง เขาก็น่าจะชอบค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

การใช้ภาพวาดระบายสีเป็นตัวแทนในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ได้รับการดูแลวัยเด็กซึ่งเป็นวัยที่มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารโดยเฉพาะในช่วงเจ็บป่วย จึงนำภาพวาดหลากหลายมาให้เลือกและระบายสีตามความชอบ จากนั้นผู้ได้รับการดูแลเริ่มมีปฏิกิริยาที่เปลี่ยนไป จากเดิมที่ไม่สบตา ไม่มองหน้าก็กลับมีการสบตา พูดคุยโต้ตอบมากขึ้น ทำให้สามารถเข้าใจความต้องการที่แท้จริงและให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังภาพ 5

ภาพ 5 ภาพถ่ายโดย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5
แหล่งที่มา: พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาตให้ถ่ายภาพและเผยแพร่ต่อสาธารณะในเชิงวิชาการจากผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

7. การทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำสุนทรียศาสตร์ไปใช้ในการดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน เกิดการแบ่งปันความรู้สึกและสิ่งของ ภายใต้ความรู้สึกดีจะทำให้การดูแลง่าย และสมบูรณ์มากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การดูแลด้วยสุนทรียะทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อกันระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้ได้รับการดูแล เมื่อผู้ให้การดูแลมีความรู้สึกที่ดีก็จะแสดงออกและให้การพยาบาลด้วยจิตใจที่ดี ผู้ได้รับการดูแลก็จะได้รับการดูแลที่ดีและครอบคลุมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อกัน การแสดงออกถึงความห่วงใย ใส่ใจที่มีให้กัน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ผลที่เกิดขึ้นได้ทั้งตัวเองแล้วก็คนไข้ ตัวเองก่อนเลยนะคะ แม่หนูชอบพูดว่าเราจะไม่เหนื่อยถ้าเราอยากทำความเหนื่อยจะน้อยลงค่ะ เหมือนแบบทำไม ๆ ต้องมาอีกแล้วเกิดความเครียดไม่อยากทำ ถ้าไม่อยากทำรู้สึกหนักจิตใจเหนื่อยไม่สบายตัว แล้วผลดีต่อคนไข้ก็จะได้รับการพยาบาลที่มาจากจิตใจเราจริง ๆ ได้รับการพยาบาลครบถ้วนสมบูรณ์และสัมฤทธิ์ผลมากกว่าทำผ่าน ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“คนไข้มีสายออกมาจากศีรษะเพื่อระบายน้ำ แต่ที่วอร์ดไม่มีนวัตกรรมแขวนถุงระบาย และสายสั้นนิดเดียว หนูต้องยืนถือจนออกมาค่ะ ก็คือเยอะมากเป็นถุงใหญ่ประมาณครึ่งถุงค่ะ เขาเป็นห่วงหนูที่ต้องยืนถือสายจนกว่าน้ำออกมาทั้งหมด มันเยอะมาก คุณยายก็ดูเป็นห่วงหนู นั่งก็ไม่ได้ต้องยืนถืออย่างนั้น พอทำเสร็จแล้วเขาว่า ขอบคุณมาก หนูก็รู้สึกโอเค หนูทำได้หนูก็ภูมิใจว่าปกติแล้วไม่ค่อยได้ยินคนไข้พูดขอบคุณเท่าไหร่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การดูแลด้วยสุนทรียะทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อกัน มีการแบ่งปันสิ่งของให้แก่กันดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนว่าหลังจากที่ได้สอนและให้ความรู้กับผู้ได้รับการดูแลเกี่ยวกับโยคะ ผู้ได้รับการดูแลแสดงออกถึงการเปิดใจยอมรับ เกิดความรู้สึกดี รวมทั้งให้ของตอบแทนกลับมาเป็นต้นไม้ และเกาลัด ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 และดังภาพ 6

“เราสอนโยคะไปให้เพราะเขาเป็นเส้นประสาทไขสันหลังกดทับ คนไข้คือคนนี้ค่ะ (ชี้ไปที่ภาพผู้ชาย) คนนี้ภรรยา (ชี้ไปที่ภาพผู้หญิง) เขาอยู่ฟังตลอดเลยค่ะหนูก็เลยรู้สึกว่าน่ารักจังเขาเป็นห่วงซึ่งกันและกัน ให้เกาลัดมากินด้วย (ชี้ไปที่ภาพเกาลัด) ให้ต้นไม้ด้วย ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

ภาพ 6 วาดโดย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1
แหล่งที่มา: พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

การอภิปรายผลการวิจัย

การสะท้อนประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการนำสุนทรียศาสตร์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีความลึกซึ้งในหลายแง่มุมได้นั้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการปลูกฝังให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชาทฤษฎีที่บูรณาการสู่รายวิชาปฏิบัติอย่างเป็นขั้นบันไดตามสมรรถนะในแต่ละชั้นปี มีการจัดประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึกหลากหลาย การได้รับการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากอาจารย์นิเทศ พยาบาลวิชาชีพ และเพื่อนในกลุ่ม ทำให้นักศึกษามีการฝึกคิดวิเคราะห์ ใคร่ครวญประสบการณ์ที่ผ่านมาลึกซึ้งยิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลจะเห็นได้ว่านักศึกษาให้ความหมายของประสบการณ์ในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกทางคลินิก ดังนี้

การดูแลด้วยความเอาใจใส่ ภายใต้สิ่งแวดล้อม และการพูดคุยที่จรรโลงใจ จะทำให้ผู้ป่วยที่รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังกลับมามีความหวังและรู้สึกมีชีวิตชีวา ซึ่งเปรียบได้กับดอกไม้ที่เหี่ยวเฉา ไร้กิ่งก้าน ไร้สีสันพลันกลับกลายเป็นดอกไม้ที่สดชื่น มีสีสันสดใส มีความสวยงาม ถือเป็นการสร้างความงดงามในการดูแล มุมมองเกี่ยวกับสุนทรียศาสตร์ทางการพยาบาลว่าเป็นเรื่องของความงามและความสง่างามของการดูแลนี้ถูกกล่าวถึงโดย Raeve[18] เช่นเดียวกับ Siles-Gonza´lez and Solano-Ruiz[19] ที่กล่าวว่าสุนทรียศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นความงามและความยิ่งใหญ่ โดยเป็นเรื่องของความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติการพยาบาล นั่นหมายถึงว่าไม่เพียงแต่พยาบาลจะต้องใช้ความรู้และทักษะในการดูแล แต่ยังเป็นการแสดงให้เห็นถึงธรรมชาติทางศิลปะในการดูแลที่มีการผสมผสานความรู้สึกตรงกันข้ามได้อย่างกลมกลืน เช่น ความรักกับความเจ็บปวด เป็นต้น

การสร้างสัมพันธภาพอย่างรู้จักตัวตน การรู้จักและเข้าใจบุคคล (personal knowing) เป็นการทำความรู้จักและเข้าใจ ตัวตนของตนเอง รวมถึงเข้าใจตัวตนของผู้อื่นด้วย[3] ทฤษฎีการปฏิบัติการพยาบาลเชิงสุนทรีย์ กล่าวว่าการรู้จักและเข้าใจบุคคล เป็นหนึ่งในกระบวนการของการทำความรู้จัก (encountering phase) โดยการรู้จักบุคคลเป็นการรู้จักตระหนัก และเข้าใจความเป็นตัวตนทั้งของตนเองและผู้ที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นหนึ่งเดียว หากบุคคลรู้จัก ตระหนัก และเข้าใจตนเองจะเป็นจุดเริ่มต้นและเป็นแนวทางในการทำความรู้จักและเข้าใจความเป็นตัวตนของผู้อื่น ทั้งนี้ กระบวนการของการทำความรู้จักจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลและผู้ได้รับการดูแลมีการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันจนเกิดเป็นสัมพันธภาพที่มีความสุนทรียะ (aesthetic relationship)[5] จะเห็นได้ว่านักศึกษาเล่าถึงความสำคัญของการทำความรู้จักและเข้าใจตัวตนของผู้ป่วย รู้ว่าผู้ป่วยชอบอะไรหรือให้ความสำคัญกับสิ่งใด จากนั้นจึงเลือกวิธีการทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเพื่อสามารถให้การดูแลได้สำเร็จตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongsuwan, et al.[20] พบว่า พยาบาลสามารถทำความรู้จักตัวตนของผู้ป่วยและญาติโดยการสร้างสัมพันธภาพ โดยการอยู่เป็นเพื่อน การพูดคุย การให้ความช่วยเหลือ และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลต้องรู้จักตนเองเป็นอย่างดีและอุทิศตนเองในการดูแลผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ผ่านการใช้สุนทรียศาสตร์ในการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจ นักศึกษาสะท้อนถึงความสำคัญของการสื่อสารว่าการสื่อสารจะสำเร็จได้นั้นพยาบาลและผู้ได้รับการดูแลต้องเข้าใจสิ่งที่ต้องการสื่อสารอย่างแท้จริง ซึ่งอาจจะต้องมีการปรับภาษา น้ำเสียง และท่าทางให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพอย่างไว้วางใจและให้การดูแลได้สำเร็จ เมื่อไหร่ก็ตามที่การสื่อสารยังไม่สำเร็จ ก็จะมีการคิดค้นและสร้างรูปแบบการสื่อสารใหม่จนเกิดความเข้าใจ ตามทฤษฎีการปฏิบัติการพยาบาลเชิงสุนทรีย์ที่กล่าวถึงกระบวนการของการร่วมสร้างสัมพันธภาพทางการดูแล (co-creating caring relationship) ว่าพยาบาลและผู้ที่ได้รับการดูแลจะมีส่วนร่วมในการสร้างความสัมพันธ์ที่ห่วงใยผ่านการรู้จักซึ่งกันและกัน การตีความ

ความเข้าใจ และการเห็นคุณค่าของความหวัง ความฝัน และปณิธานของบุคคลทั้งคน ผลลัพธ์จากการรู้จักซึ่งกันและกัน และร่วมสร้างสัมพันธภาพทางการดูแลจะเกิดการออกแบบและพัฒนารูปแบบการพยาบาลใหม่ ๆ เพื่อเสริมสร้างภาวะสุขภาพและความผาสุก5 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการที่พยาบาลจะรู้จักบุคคลทั้งคน ต้องมีการสื่อสารจนทำให้เกิดความไว้วางใจ เข้าใจผู้อื่น และทำความรู้จักซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการร่วมสร้างสัมพันธภาพทางการดูแลได้ดียิ่งขึ้น[21]

ความเข้าใจผู้อื่น (empathy) มีความสำคัญต่อการเกิดความรู้ทางสุนทรียะ (aesthetics knowing) ความเข้าใจผู้อื่นเป็นความสามารถในการเข้าไปมีส่วนร่วมหรือมีประสบการณ์แทนความรู้สึกของผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เป็นเอกลักษณ์และเฉพาะเจาะจงของบุคคล พยาบาลที่มีทักษะในการเข้าใจผู้อื่นมากก็จะยิ่งส่งเสริมให้มีความรู้ด้านศาสตร์ทางการพยาบาล ความเข้าใจในตนเอง และคุณธรรมจริยธรรมมากขึ้นตามมา[3] นักศึกษาสะท้อนว่าสุนทรียศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นการสั่งสมประสบการณ์ของการเข้าใจผู้อื่น โดยรับรู้ว่าทักษะความเข้าใจผู้อื่นไม่ได้เกิดขึ้นจากการปฏิบัติเพียงครั้งเดียว แต่เกิดจากการปฏิบัติหลายครั้งเพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลรับรู้ว่าประสบการณ์ในการขึ้นฝึกปฏิบัติจะช่วยพัฒนาทักษะในการเปลี่ยนผ่านความรู้จากนามธรรมไปสู่รูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น[22] ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิกรวม 3 ภาคการศึกษา ซึ่งยังต้องการเพิ่มพูนประสบการณ์ในการขึ้นฝึกปฏิบัติในชั้นปีที่ 4 เพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสวีเดนที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 6 มีระดับความเข้าใจผู้อื่นสูงกว่านักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[23]

การแสดงออกของความอ่อนโยน นักศึกษาพยาบาลรับรู้ว่าสุนทรียศาสตร์เป็นการดูแลด้วยคำพูด น้ำเสียง ท่าทางที่อ่อนโยนที่เปี่ยมด้วยจิตใจที่โอบอ้อมอารีและความปรารถนาดี อธิบายได้ว่าการแสดงออกด้วยความอ่อนโยนของพยาบาลเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการยอมรับระหว่างพยาบาลและผู้ได้รับการดูแลสภาพแวดล้อมที่มีสุนทรียะเกิดจากการมีส่วนร่วมสร้างในการดูแลระหว่างพยาบาลและผู้ได้รับการดูแล มีความซาบซึ้งผ่านประสบการณ์ทางความรู้สึกอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกันภายใต้มิติของบุคคล[5] ความอ่อนโยนของพยาบาลสามารถแสดงออกทั้งผ่านวัจนภาษา และอวัจนภาษาจากการศึกษาที่ผ่านมา[20] พบว่านักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญกับการมีท่าทางที่อ่อนโยนและอบอุ่นในระหว่างการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมักจะใช้การสัมผัสด้วยความอ่อนโยนในการดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการสัมผัสสามารถทำได้ง่ายทั้งกับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว[24] มุมมองเกี่ยวกับความอ่อนโยนของพยาบาลถูกถ่ายทอดออกมาผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ที่สะท้อนว่าพยาบาลให้การดูแลเสมือนเป็นบุคคลในครอบครัว พยาบาลจะมีการสื่อสารด้วยคำพูดที่สุภาพ แสดงพฤติกรรมที่อ่อนโยน และแสดงความห่วงใยจึงทำให้รู้สึกเหมือนกับลูกที่ได้รับการดูแลจากแม่[25]

การให้คุณค่ากับการดูแลผ่านงานศิลปะ การแสดงออกทางสุนทรียะเป็นการสื่อสารผ่านการใช้ชีวิตอย่างมีความหมายภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีสุนทรียะ ทั้งนี้พยาบาลและผู้ที่ได้รับการดูแลมีส่วนร่วมสร้างประสบการณ์ในการดูแล และแสดงออกผ่านการแสดงออกทางสุนทรียะร่วมกัน การพยาบาลในรูปแบบศิลปะต่าง ๆ ถือเป็นตัวแทนของประสบการณ์ ศิลปะเป็นมิติของวัตถุ ซึ่งวัตถุทางศิลปะสามารถรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้าด้วยการมองเห็น การสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยิน และการรับรส5 จากการศึกษา พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีประสบการณ์และมีความชอบงานด้านศิลปะอยู่เดิม บางคนยังใช้งานศิลปะสอดแทรกอยู่ในชีวิตประจำวัน เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยและเห็นความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น จึงนำงานศิลปะมาใช้ในการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกตามความชอบเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ศิลปะซึ่งเป็นสิ่งสวยงาม จึงทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาวะและความพึงพอใจตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลใช้การระบายสีเพื่อลดความวิตกกังวล ช่วยให้จิตใจสงบ รู้สึกปลอดภัย สบายใจ ผ่อนคลาย พึงพอใจ และรู้สึกดี[26] เช่นเดียวกับการให้ผู้ป่วยฟังดนตรีสดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และลดความเจ็บปวดได้[27]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่านักศึกษาพยาบาลรับรู้ว่าสุนทรียศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นการทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการดูแลทำให้เกิดการแบ่งปันความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการแสดงออกความรู้สึกที่ดีผ่านการแบ่งปันสิ่งของ มุมมองนี้สอดคล้องกับความหมายของการพยาบาลที่กล่าวว่าเป็นการดูแลบุคคลด้วยความเอาใจใส่และมีการเติบโตในความเอาใจใส่ เป็นการดูแลบุคคลทั้งคน ทำให้เกิดความผาสุก ความหวัง ความฝัน และแรงบันดาลใจของบุคคลนั้นมากขึ้น[28] เช่นเดียวกับทฤษฎีการปฏิบัติการพยาบาลเชิงสุนทรีย์จะทำให้เกิดความหมายในประสบการณ์

ของพยาบาลและผู้ได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ความผาสุก และความพึงพอใจในการดูแลและต่อวิชาชีพพยาบาล ผลลัพธ์ที่เกิดจากการแบ่งปันความรู้สึกและสิ่งของให้กันทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่อบอวลไปด้วยสุนทรียะที่เป็นมิติของบุคคล[5] จากการศึกษาของ Betriana, Kongsuwan and Mariyana[29] พบว่า ความสุข สนุกสนาน ความพึงพอใจ ไม่ได้เกิดขึ้นแค่ในระหว่างการดูแล แต่เป็นความทรงจำที่ยาวนาน แม้ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านเมื่อพบกันนอกโรงพยาบาลยังมีการทักทายเรียกชื่อพยาบาล ทำให้พยาบาลรู้สึกดี มีความประทับใจที่ผู้ป่วยยังจำตนเองได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงทั้งหมด ทำให้ข้อมูลที่ได้ยังขาดมุมมองที่แตกต่างผ่านประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลชาย

สรุป

การศึกษาเชิงคุณภาพ ตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอเมนนิวติกส์เพื่ออธิบายความหมายของประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ต่อการใช้สุนทรียศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยขณะขึ้นฝึกบนคลินิก นักศึกษาพยาบาลสะท้อนประสบการณ์ตามการรับรู้ผ่านการแสดงออกทางสุนทรียะ โดยผลงานศิลปะที่สร้างโดยนักศึกษาพยาบาลร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้เข้าใจมุมมองได้อย่างลึกซึ้ง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการนำสุนทรียศาสตร์มาใช้ในการพยาบาล ทำให้มีการดูแลภายใต้การรู้จักและเข้าใจบุคคลที่ดูแล มีวิธีการดูแลที่สร้างสรรค์ และแสดงพฤติกรรมการดูแลที่อ่อนโยนและงดงาม ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เพิ่มคุณค่าของวิชาชีพพยาบาล และผู้ป่วยมีความผาสุกต่อไป

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ด้านการจัดการเรียนการสอน สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลประยุกต์ใช้สุนทรียศาสตร์ทางการพยาบาล เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลด้วยความเข้าใจผู้อื่น การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ การใช้กิจกรรมทางศิลปะในการดูแลสุขภาพ

2. ด้านวิจัย สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมการสอนนักศึกษาพยาบาลในการใช้สุนทรียศาสตร์ในการปฏิบัติการพยาบาลและวัดประสิทธิผลของการสอน โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการเขียนบทความ/แก้ไข/ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ประจำปีงบประมาณ 2566

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Dictionary.orst.go.th. [homepage on the Internet]. Bangkok: Office of the Royal Society 2011 [cited 2025 Jan 10]. Available from: https://dictionary.orst.go.th/
2. Phenix PH. Realms of meaning. United State of America: Printcraft; 1986.
3. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. ANS Adv Nurs Sci. 1978; 1(1): 13-23. doi: 10.1097/00012272-197810000-00004.
4. Boykin CA, Parker M, Schoenhofer S. Aesthetic knowing grounded in an explicit conception of nursing. NSQ. 1994; 7(4): 158-61. doi: 10.1177/089431849400700407.
5. Kongsuwan W. Development of the emergent theory of aesthetic nursing practice (AesNURP). In: Kongsuwan W, editor. Aesthetic nursing theory, practice, and research: Caring for person at the end of life. Songkhla: Siam Printing; 2022.
6. Han X. The importance of aesthetic ability in arts education: A case study of undergraduate students of universities in Chengdu city of Sichuan Province China. 2022. doi:10.20944/preprints202206.0132.v1
7. Ahmadi A, Fathabadi R, Bakhtiarvand M. The effectiveness of aesthetic teaching on the attitude of elementary school students. RIELS. 2020; 1(3): 423-31.
8. Kiyashchenko OA, Plakhova EA, Rakhimova MA. Aesthetic component in the formation of Lexical area “Art” in English language class. JSD. 2015; 8(5): 97-116.
9. Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. Baccalaureate curriculum 2020 [internet]. 2020 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_courses/bachelor_2563.pdf
10. Johns C. Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. J Adv Nurs. 1995; 22(2): 226-34.

11. Nguyen-Truong CKY, Davis A, Spencer C, et al. Techniques to promote reflective practice and empowered learning. J Nurs Educ. 2018; 57(2): 115-20. doi: 10.3928/01484834-20180123-10.
12. Duran ET, Uslusoy EC. Opinions of nursing students on the art of nursing: A qualitative study. Int. J. Caring Sci. 2015; 8(2): 308-16.
13. Kongsuwan W, Aphichato A, Maneewat K. Caring as nursing: Aesthetic expressions of nursing students. Songklanagarind J of Nurs. 2018; 38(2): 1-10. Thai.
14. Thiangchanya P, Thongsuk P, Ramkeaw K. Meaning of patient safety through esthetic expression of nursing students, Prince of Songkla University. Songklanagarind J Nur. 2022; 42(1): 109-20. Thai.
15. Matchim Y, Thongthawee B, Nirattharadorn M, et al. Experiences of learning in the course of development of nursing profession and nursing science: Aesthetic expression of first-year nursing students. Songklanagarind J of Nurs. 2021; 41(2): 1-12. Thai.
16. Gardamer HG. Gadamer: Truth and method. 2 nd ed. New York: Continuum International Publishing Group. 2004.
17. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: SAGE; 1985.
18. Raeve L. The art of nursing: An adsthetics? Nurs. Ethics. 1998; 5(5): 401-11.
19. Siles-Gonza´lez J, Solano-Ruiz C. Sublimity and beauty: A view from nursing aesthetics. Nurs. Ethics. 2016; 23(2): 154-66.
20. Kongsuwan W, Yasuhara Y, Tanioka T, et al. Aesthetic expression of caring in nursing among Japanese undergraduate nursing students. Nurse Educ Today. 2021; 105: 105031. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105031.
21. Dahal P, Kongsuwan W. Aesthetics in nursing practice for cancer patients as experienced by nurses in Nepal: A hermeneutic phenomenological study. Cancer Nurs. 2022; 45(5): 354-62. doi: 10.1097/NCC.0000000000001023.
22. Rudberg SL, Westerbotn M, Sormunen T, et al. Undergraduate nursing students' experiences of becoming a professional nurse: A longitudinal study. BMC Nurs. 2022; 21(1): 219. doi: 10.1186/s12912-022-01002-0.
23. Eklund JH, Holmstrɔm IK, Lindqvist AO, et al. Empathy levels among nursing students: A comparative cross-sectional study. Nurs Open. 2019; 6(3): 983-9. doi: 10.1002/nop2.280.
24. Al-Shamaly HS. Patterns of communicating care and caring in the intensive care unit. Nurs Open. 2022; 9(1): 277-98. doi: 10.1002/nop2.1061.
25. Kongsuwan W, Dahal P. A hermeneutic phenomenological study of aesthetics in nursing practice among hospitalized cancer patients in Nepal. Res Theory Nurs Pract. 2023; 37(2): 163-79. doi: 10.1891/RTNP-2021-0015.
26. Koo M, Chen HP, Yeh YC. Coloring activities for anxiety reduction and mood improvement in Taiwanese community-dwelling older adults: A randomized controlled study. Evid Based Complement Alternat Med. 2020; 6964737. doi: 10.1155/2020/6964737.
27. Golino AJ, Leone R, Gollenberg A, et al. Receptive music therapy for patients receiving mechanical ventilation in the intensive care unit. Am J Crit Care. 2023; 32(2): 109-15. doi: 10.4037/ajcc2023499.
28. Boykin A, Schoenhofer SO. Nursing as caring: A model for transforming practice. Boston: Jones and Bartlett. 2001.
29. Betriana F, Kongsuwan W, Mariyana R. Aesthetics in nursing practice as experienced by nurses in Indonesia: A phenomenological study. Belitung Nurs J. 2022; 8(1): 20-7. doi: 10.33546/bnj.1958.

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร

Factors Predicting Health-Promoting Behaviors of Older Adults in Prawet District, Bangkok

สุภิญญา บุญศรีบาดาล[1] มลินี สมภพเจริญ[2] ชวภณ สารข้าวคำ[3]*

Supinya Bunsribadan[1] Malinee Sompopcharoen[2] Chawapon Sarnkhaowkhom[3]*

[1]นักศึกษาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

[1]Master of Science Student, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

[2]รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

[2]Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

[3]Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: malinee.som@mahidol.ac.th*

**Corresponding author: malinee.som@mahidol.ac.th*

Received 9 September 2024 • Revised 10 February 2025 • Accepted 19 February 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร และ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ* ***วิธีการ:*** *เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60-79 ปี จำนวน 314 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค อยู่ระหว่าง .74-.92) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน* ***ผลการศึกษา:*** *ผู้สูงอายุร้อยละ 55.40 มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M = 58.51, SD = 8.66) ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 60.20 (R^2 = .60, p < .05) ได้แก่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ (β = .27, p < .05) ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ (β = .24, p < .05) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (β = .22, p < .05) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ (β = .22, p < .05) การมีโรคประจำตัว (β = -.19, p < .05) และ การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข (β= .16, p < .05)* ***สรุป:*** *ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักในสุขภาพ และการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย; พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

Objectives: *This study aimed to 1) study the mean and level of personal factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health-promoting behaviors of older adults in the Prawet District, Bangkok. 2) identify factors predicting health-promoting behaviors of older adults.* ***Methods:*** *This study was a cross-sectional predictive correlational design. The sample consisted of 314 older adults aged 60-79, multi-stage random sampling, and data were collected from questionnaires: personal factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health-promoting behaviors. The questionnaires were tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .74, .72, .87, .75, .92, .81 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, correlational analysis, and stepwise multiple regression analysis.* ***Results:*** *This study found that 55.40 percent of older adults had health-promoting behavior of moderate level, (M = 58.51, SD = 8.66), the referred factors forecast older adults' health-promoting behavior at 60.2 percent (R_2 = .60, p < .05), including the health-promoting policy of each service center (β = .27, p < .05), attitude towards health-promotion (β = .24, p < .05), social support (β = .22, p < .05), receiving information from various media (β = .16, p < .05), congenital diseases (β = -.19, p < .05), and access to public health services (β = .16, p < .05).* ***Conclusion:*** *The study results can be applied to organize activities to promote the health for older adults by forming the health-promoting policy of the organization, supporting the older adults to be aware of their responsibility in promoting their own health, and providing a place that is conducive to the implementation of health-promoting activities in the community for the older adults to be able to take care of themselves continuously.*

Keywords: predicting factors; health-promoting behaviors; older adults; PRECEDE-PROCEED Model

ความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบให้สัดส่วนประชากรวัยแรงงานของไทยที่มีหน้าที่เกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุลดลง ประกอบกับประชากรวัยแรงงานส่วนหนึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุ[1-3] อันนำมาซึ่งปัญหาที่สำคัญ คือ งบประมาณในการดูแลและรักษาสุขภาพ[4] เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง และเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น[5-7] จากข้อมูลประชากรปี พ.ศ. 2566 พบว่า กรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุจำนวน 1,210,828 คน ซึ่งถือเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 3 แขวง ได้แก่ แขวงประเวศ แขวงหนองบอน และแขวงดอกไม้[8] ที่มีประชากรเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 32,239 คน[8] แนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นไปได้ที่จำนวนผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น[4] นอกจากนี้ ยังมีปัญหาที่พบบ่อย เช่น ปัญหาทุพโภชนาการ นอนไม่หลับ หลงลืม คิดช้าลง[5] จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะต้องมีการดูแลสุขภาพให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ให้เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยไม่รุนแรง และสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้[9]

การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behaviors) คือการทำให้ตนเองมีสุขภาพดีหรือธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี[9-11] ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ (health status) และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะ พอเพียงกับร่างกาย 2) การออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-20 นาที 3) การจัดการความเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นกับหลาน 4) ไม่สูบบุหรี่ และ 5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[10,11] นอกจากนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal factors หรือ individual cognitive perceptual factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างมีเหตุผล นำไปสู่การ

กระทำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ เจตคติ และความเชื่อ รวมไปถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ[12] 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นปัจจัยภายนอก (external factor) ที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรม ช่วยให้การแสดงพฤติกรรมของบุคคลเป็นไปได้ง่ายขึ้น เช่น การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ทักษะที่ช่วยให้แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ หรือทรัพยากรที่เกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรม[13] และ 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมแล้ว หรือเป็นสิ่งที่ได้รับจากบุคคลอื่น[14-16] การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้[12] ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง[12] ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงด้านบริการสาธารณสุข[13] และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ[14]

สำหรับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษาของ Rasiri and Songthap[12] พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 62.20 การศึกษาของ Karakhuean, Songloed and Junwin[13] พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 75.60 และการศึกษาของ Chimphitak, et al.[14] พบว่า การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61.50 จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behaviors) ประกอบด้วยหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลหรือคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก[17]

สำหรับข้อมูลการเข้ารับบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตประเวศ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 12[18] การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพที่ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของความสามารถในการรับรู้และเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ[10,11] จากการลงสำรวจพื้นที่ในชุมชนของผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า ทางเข้าออกชุมชนส่วนใหญ่เป็นถนนเลียบคลอง แออัด คับแคบ มีน้ำท่วมขังช่วงฤดูฝน อากาศไม่ถ่ายเท การเดินทางเข้าออกได้โดยรถจักรยานยนต์และเดินทางเท้า การจับจ่ายซื้อของอุปโภคบริโภคจะซื้อได้จากรถพุ่มพวง รถจักรยานยนต์ที่มีสิ่งของพ่วงด้านข้างมาจอดขายในชุมชน ชุมชนแออัดไม่มีพื้นที่เพียงพอต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ และไม่พบการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีเพียงโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (preventive long-term care) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาสอนสาธิตในชุมชน ปีละ 1 ครั้ง[18] ซึ่งผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้งบุคลากรด้านสุขภาพยังมีจำนวนไม่เพียงพอในการลงพื้นที่และทำกิจกรรม การเดินทางเข้าออกชุมชนมีรถสองแถว และรถจักรยานยนต์รับจ้างให้บริการ แต่ให้บริการไม่ถึงที่พักอาศัย ต้องเดินออกมาขึ้นรถสองแถวหรือรถจักรยานยนต์รับจ้างอีกช่วงหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกต่อการเดินทางเข้าออกชุมชน ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเลือกซื้ออาหาร ขาดการออกกำลังกาย อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เบื่อหน่ายในการมีชีวิตอยู่ ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม ไม่ดูแลตนเอง บางครั้งหลงลืม ความจำไม่ค่อยดี สมาธิสั้นลง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าได้[7,18] ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model[17] ร่วมกับการประยุกต์ใช้หลัก 3 อ. 2 ส.[19] ในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลและแนวทางในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับใด

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมใดบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (cross-sectional predictive correlational design)

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานครได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ[12-16] ร่วมกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model มาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเลือกปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะบุคคลที่สัมพันธ์หรือมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย และการมีโรคประจำตัว ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ[12] (β = -.15, p < .05) และ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ[13] (β = .61, p < .05) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข (β = .24, p < .05) และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ[20] (β = .11, p < .05) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ[21] (β = .12, p < .05) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม[15,16] (β = .35, p < .05) ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้ตามแนวคิดหลัก 3 อ. 2 ส.[19] ซึ่งเป็นแนวคิดที่เข้าใจง่าย สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงตามสภาพบริบท ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริโภคอาหาร คือ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ รับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน การดื่มน้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และการหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด 2) การออกกำลังกาย คือ การเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม เช่น ยืดเหยียด เดินเร็ว โยคะ รำไทเก๊ก เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการแข่งขันออกแรงเกินกำลัง เกร็ง เบ่ง ยกน้ำหนัก การอยู่ในสถานที่ร้อน อากาศไม่ถ่ายเท อยู่กลางแดดจ้า 3) การจัดการความเครียด คือ การพบปะพูดคุยกับผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ และทำงานอดิเรก เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ 4) การสูบบุหรี่ คือ พฤติกรรมการสูบหรือไม่สูบบุหรี่ และ 5) การดื่มสุรา คือ พฤติกรรมการดื่มหรือไม่ดื่มสุรา (ภาพ 1)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในชุมชนเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 32,239 คน[8]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร จำนวน 32,239 คน[8] โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา ดังนี้ 1) อายุ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน 4) ไม่มีความบกพร่องทางจิต และ 5) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยหรือมีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตพื้นที่

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีหาตามสูตรการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากร Daniel[22] ดังนี้

$$n = \frac{NZ^{2}_{\frac{\alpha}{2}}P(1-P)}{d^{2}(N-1)+Z^{2}_{\frac{\alpha}{2}}P(1-P)}$$

โดยที่ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

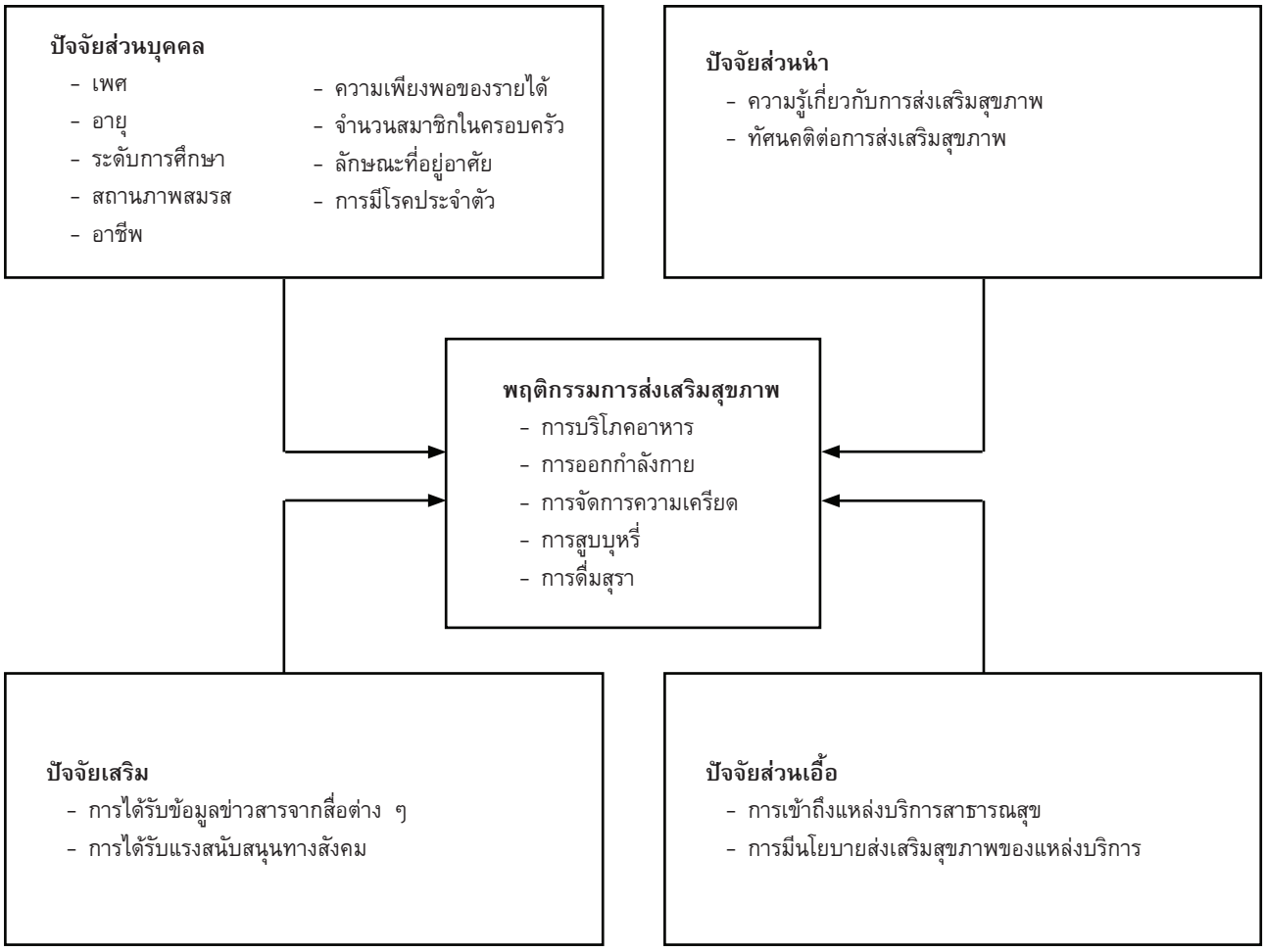
N คือ ประชากร

P คือ ค่าสัดส่วนที่นำมาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ในการศึกษา

แทนค่า $n = \frac{(32{,}239)(1.96)2(0.71)(1-0.71)}{(32{,}239-1)(0.05)2+(1.96)2(0.71)(1-0.71)}$

= 314 คน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โดยผู้วิจัยได้กำหนดค่า P เท่ากับ .71 ซึ่งเป็นค่าร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากงานวิจัยที่ผ่านมาเนื่องด้วยเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุและศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ[23] ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ และค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 314 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกแขวงการปกครอง โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ จากทั้งหมดจำนวน 3 แขวง ประกอบด้วย แขวงประเวศ แขวงหนองบอน และแขวงดอกไม้ ให้เหลือ 1 แขวง คือ แขวงดอกไม้ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกชุมชนจากแขวงดอกไม้ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 10 ชุมชน โดยการสุ่มแบบ simple random sampling สุ่มได้ชุมชนจำนวน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนม้าทอง ชุมชนกระทุ่มแจ้ และชุมชนคลองปักหลัก โดยชุมชนม้าทองและชุมชนกระทุ่มแจ้เป็นชุมชนขนาดกลางมีประชากรจำนวน 1,161 คน และ 1,358 คน ตามลำดับ ส่วนชุมชนคลองปักหลักเป็นชุมชนขนาดใหญ่มีประชากรจำนวน 2,486 คน ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละชุมชน จากรายชื่อครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) เพื่อให้ได้ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละชุมชน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างชุมชนม้าทอง จำนวน 73 คน กลุ่มตัวอย่างชุมชนกระทุ่มแจ้ จำนวน 85 คน และกลุ่มตัวอย่างชุมชนคลองปักหลัก จำนวน 156 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 314 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2024-015 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 13 มีนาคม ถึง 20 เมษายน 2567 จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว มีสิทธิในการออกจากการวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ถูกกระทำในภาพรวม และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายใน 2 ปี หลังงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. นำโครงร่างการวิจัยเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารที่รับรอง เลขที่ MUPH 2024-015 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

2. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย นำส่งให้กับผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย จากนั้นประสานเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อเตรียมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล

3. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 9 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 3 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) จำนวน 6 คน โดยผู้ช่วยวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัคร อสส. ทำหน้าที่อธิบาย ชี้แจงข้อคำถามให้กับผู้สูงอายุ ในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัย

5. จัดทำแผนในการลงพื้นที่ ได้แก่ การวางแผนจัดเก็บข้อมูลตามชุมชนเป้าหมาย

ขั้นดำเนินการวิจัย

1. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชุมชนเป้าหมายตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพ โดยนำเสนอเอกสาร ชี้แจงเอกสารยินยอมให้ทำการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ตลอดทั้งการเก็บรักษาความลับของข้อมูลแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในหนังสือ

2. เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายข้อสงสัยเพิ่มเติม หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เข้าใจคำถามหรือวิธีตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเฉลี่ย 60 นาทีต่อคนต่อหลังคาเรือน

3. ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามในประเด็นที่สงสัย และหากผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สะดวกใจสามารถยุติการตอบได้ตลอดเวลา

4. หลังเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูล หากพบการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยเพิ่มเติม และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามไม่ถูกต้อง หลังเก็บข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้กล่าวขอบคุณ และเดินทางเก็บข้อมูลในครัวเรือนอื่นต่อไปจนครบถ้วนตามกำหนด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 77 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อคำถาม (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ จำนวน 20 ข้อคำถาม ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของ Suksamai[24] โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อย ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง) ตรวจสอบความเชิงตามเนื้อหา (content

validity index: CVI) 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการทดลองใช้ (try out) เท่ากับ .74 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับสูง (8-10 คะแนน)[25]

2.2 ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการดัดแปลงข้อคำถาม จากแบบสอบถามทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพของ Suksamai[24] โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อยเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านชอบออกกำลังกายมากกว่านั่งอยู่เฉย ๆ) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .72 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (10-33 คะแนน) ระดับปานกลาง (34-41 คะแนน) และระดับสูง (42-50 คะแนน)[25]

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 14 ข้อคำถาม ดังนี้

3.1 การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขของ Suksamai[24] โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อยเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น การเดินทางจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพมีความสะดวก) ตรวจสอบค่า CVI 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ .94 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (6-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-24 คะแนน) และระดับสูง (25-30 คะแนน)[25]

3.2 การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการของ Suksamai[24] โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อยเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ คือ มี และไม่มี (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น มีบริการตรวจสุขภาพประจำปี) ตรวจสอบ CVI จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน) ระดับสูง (7-8 คะแนน)[25]

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม จำนวน 14 ข้อคำถาม ดังนี้

4.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ คือ ได้รับประจำ ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่ได้รับ (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ไลน์กลุ่ม เฟซบุ๊ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (11-14 คะแนน) และระดับสูง (15-18 คะแนน)[25]

4.2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของ Suksamai[24] โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อยเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ คือ ได้รับประจำ ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่ได้รับ (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านได้รับกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการครบ 5 หมู่) ตรวจสอบ CVI จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ

ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ .88 และ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .81 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-14 คะแนน) ระดับปานกลาง (15-18 คะแนน) และระดับสูง (19-24 คะแนน)[25]

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Suksamai[24] โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นที่เรียบร้อยเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ – ไม่เคยปฏิบัติ (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ปลา ไข่) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-47 คะแนน) ระดับปานกลาง (48-63 คะแนน) และระดับสูง (64-80 คะแนน)[25]

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อทดสอบ multi-collinearity ก่อนจะวิเคราะห์ด้วย regression ด้วยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบ correlation โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติและตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงโดยพิจารณาจากแผนภาพฮิสโตแกรมและ P-P plot

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (normal distribution) 2) ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายมีตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไปและมีระดับการวัดเป็นอันตรภาคชั้น (interval scale) หรืออัตราส่วน (ratio scale) 3) ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายมีระดับการวัดนามบัญญัติ (nominal scale) ต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย และโรคประจำตัว 4) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ตัวแปรอิสระเป็นอิสระจากกัน ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในอยู่ระหว่าง .10 - .60 5) พิจารณาค่า tolerance อยู่ระหว่าง .53 – .83 VIF อยู่ในช่วง 1.10 – 1.80 และค่า Durbin-Watson = 1.79 และ 6) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) อยู่ในช่วง -3 ถึง 3 จึงไม่เกิดภาวะ autocorrelation[25] ซึ่งจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมดพบว่า เป็นไปตามข้อตกลง จึงทำการวิเคราะห์โดย stepwise ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลได้ปรับเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ (หญิง-อ้างอิง) ระดับการศึกษา (ประถมศึกษาและต่ำกว่า-อ้างอิง) อาชีพ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ-อ้างอิง) ความเพียงพอของรายได้ (ไม่เพียงพอ-อ้างอิง) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (จำนวน 1 ถึง 2 คน-อ้างอิง) ลักษณะที่อยู่อาศัย (ห้องเช่า/ห้องแถวหลายชั้น-อ้างอิง) และโรคประจำตัว (ไม่มีโรคประจำตัว-อ้างอิง) โดยผู้วิจัยกำหนดตัวแปรอ้างอิง เป็น 0

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร จำนวน 314 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.24 และเพศชาย ร้อยละ 33.76 ช่วงกลุ่มอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 56.37 และกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 43.63 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.59 รองลงมาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 15.29 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.24 รองลงมาคือ หม้าย หย่า หรือแยก ร้อยละ 30.57 และโสด ร้อยละ 3.18 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 25.80 รองลงมาคืออาชีพพ่อบ้าน แม่บ้าน ร้อยละ 17.83 และร้อยละ 20.06 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 48.73 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 34.71 ในครอบครัวมีสมาชิกจำนวน 3-5 คน ร้อยละ 56.37 รองลงมาคือจำนวน 2 คน ร้อยละ 31.21 ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 68.80 รองลงมาเป็นห้องเช่า ร้อยละ 28 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.07 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.93 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (N = 314)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	106	33.76
- หญิง	208	66.24
อายุ		
- 60-69 ปี	137	43.63
- 70-79 ปี	177	56.37
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	40	12.74
- ประถมศึกษา	162	51.59
- มัธยมศึกษาตอนต้น	48	15.29
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	23	7.32
- อนุปริญญา/ปวส.	18	5.73
- ปริญญาตรี	23	7.32
สถานภาพสมรส		
- โสด	10	3.18
- สมรส	208	66.24
- หม้าย/หย่า/แยก	96	30.57
อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	63	20.06
- ข้าราชการเกษียณ	19	6.05
- รับจ้าง	55	17.52
- ค้าขาย	81	25.80
- ธุรกิจส่วนตัว	33	10.51
- พ่อบ้าน/แม่บ้าน	56	17.83
- อื่น ๆ ได้แก่ รับเลี้ยงเด็ก ขับรถสองแถว เก็บของเก่าขาย	7	2.23
ความเพียงพอของรายได้		
- ไม่เพียงพอ	109	34.71
- เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	153	48.73
- เพียงพอและเหลือเก็บ	52	16.56
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
- อยู่ลำพัง	3	.96
- จำนวน 2 คน	98	31.21
- จำนวน 3-5 คน	177	56.37
- มากกว่า 5 คน	36	11.46

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
- บ้านเดี่ยว	216	68.80
- ห้องเช่า	88	28.00
- ห้องแถวหลายชั้น	10	3.20
การมีโรคประจำตัว		
- ไม่มี	72	22.93
- มี	242	77.07

2. ระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 ปัจจัยนำ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (M = 8.19, SD = 1.78, Min = 3, Max = 10) ในส่วนของด้านทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M = 41.55, SD = 3.26, Min = 35, Max = 49)

2.2 ปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง (M = 25.93, SD = 3.59, Min = 16, Max = 30) ด้านการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการของผู้สูงอายุ พบว่าอยู่ในระดับสูง (M = 6.69, SD = 1.67, Min = 0, Max = 8)

2.3 ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง (M = 15.77, SD = 3.09, Min = 8, Max = 18) ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (M = 17.57, SD = 3.57, Min = 8, Max = 24)

2.4 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (M = 58.51, SD = 8.66, Min = 35, Max = 74) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ระดับของคะแนนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (N = 314)

ตัวแปร	M	SD	Min	Max	การแปลผล	1	2	3	4	5	6	7
1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (p)	58.51	8.66	35	74	ปานกลาง	1.00						
2. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (P)	8.19	1.78	3	10	สูง	.31	1.00					
3. ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ (P)	41.55	3.26	35	49	ปานกลาง	.50	.25	1.00				
4. การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข (E)	25.93	3.59	16	30	สูง	.52	.38	.29	1.00			
5. การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ (E)	6.69	1.67	0	8	สูง	.59	.14	.30	.50	1.00		
6. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ (R)	15.77	3.09	8	18	สูง	.51	.35	.27	.58	.46	1.00	
7. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (R)	17.57	3.57	8	24	สูง	.48	.23	.14	.36	.43	.27	1.00

$p < .05$

หมายเหตุ: (p) = ปัจจัยส่วนบุคคล, (P) = ปัจจัยนำ, (E) = ปัจจัยเอื้อ, (R) = ปัจจัยเสริม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (multi-collinearity) (ตาราง 2)

4. อำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่า มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยเรียงตามน้ำหนักในการทำนายได้ดังนี้ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ (β = .27) ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ (β = .24) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (β = .22) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ (β = .16) การมีโรคประจำตัว (β = -.19) และการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข (β = .16) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 60.20 (R^2 = .60, $p < .05$) เมื่อพิจารณาทิศทางและน้ำหนักความสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์พบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวก ยกเว้นการมีโรคประจำตัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ (ตาราง 3)

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (N = 314)

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
1. การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ (E)	1.40	.24	.27	5.86	<.001
2. ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ (P)	.63	.11	.24	5.71	<.001
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (R)	.52	.10	.22	5.28	<.001
4. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ (R)	.44	.13	.16	3.39	.001
5. การมีโรคประจำตัว (p)	-3.86	.81	-.19	-4.76	<.001
6. การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข (E)	.38	.12	.16	3.18	.002

F = 77.26, R = .78, R^2 = .60, Adj. R^2 = .59, SD = 5.53, df = 6, Durbin-Watson = 1.79, Constant =.26

หมายเหตุ: (p) = ปัจจัยส่วนบุคคล, (P) = ปัจจัยนำ, (E) = ปัจจัยเอื้อ, (R) = ปัจจัยเสริม, b = สัมประสิทธิ์ถดถอย, β= สัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.40 มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทั้ง 5 ด้าน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับปานกลาง (M = 58.51, SD = 8.66) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง[20,26] ทั้งนี้อาจมีหลายสาเหตุ สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในชุมชนเขตประเวศ ซึ่งเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบท[27] และมีการอยู่อาศัยเป็นแบบชุมชนแออัด การเดินทางไม่สะดวก เข้า-ออกได้โดยรถจักรยานยนต์และเดินทางเท้าเป็นหลัก ด้วยทางเข้าออกชุมชนส่วนใหญ่เป็นถนนเลียบคลองที่ค่อนข้างแคบ ประกอบกับชุมชนไม่มีพื้นที่สำหรับการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุมักจับจ่ายซื้อของอุปโภคบริโภคจากรถเร่ขาย (รถพุ่มพวง) หรือรถจักรยานยนต์ที่มีสิ่งของพ่วงด้านข้างที่มาจอดขายในชุมชน ทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกซื้ออาหาร และความสดใหม่ของอาหาร ส่วนการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เบื่อหน่ายในการมีชีวิตอยู่ บางรายสูบบุหรี่ และดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียด[18] และหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว อาจนำมาซึ่งความรู้สึกไร้คุณค่า[26]

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 1 ด้าน คือ การมีโรคประจำตัว ปัจจัยนำ 1 ด้าน คือ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ 2 ด้าน คือ การเข้าถึงแหล่ง

บริการสาธารณสุข และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ และปัจจัยเสริม 2 ด้าน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนาย ร้อยละ 60.20 (R^2 = .60, p < .05) สามารถอธิบายเรียงตามแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยพบว่ามีค่าอิทธิพลเชิงลบ (β = -.19) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้[18] สอดคล้องกับการศึกษาของ Rasiri and Songthap[12] ที่พบว่าโรคประจำตัวสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้[28]

ปัจจัยนำ พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (β = .24, p < .05) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเขตประเวศ มีการรับรู้ถึงการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายครบ 5 หมู่ รู้จักเลือกรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองและช่วงวัยของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Karakhuean, Songloed and Junwin[13] พบว่า ทัศนคติในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (β = .61, p < .05) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 75.60 อาจเป็นเพราะการมีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ เห็นคุณค่าและประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี[28] อย่างไรก็ตาม พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ แต่อาจไม่ปฏิบัติสม่ำเสมอก็เป็นได้ จึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kunthu[29] ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ปัจจัยเอื้อ พบว่า ปัจจัยเอื้อทั้งสองด้านสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้โดยพบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (β = .16, p < .05) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเขตประเวศ มีความสะดวกในการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการรอคอยแต่ละจุดไม่นาน มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ สะดวกและรวดเร็วในการเข้ารับบริการ[18] ดังเช่น การศึกษาของ Rasiri and Songthap[12] พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 62.20

ปัจจัยเอื้อด้านการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (β = .27, p < .05) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเขตประเวศ ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายของศูนย์บริการสาธารณสุข การตรวจคัดกรองความเสี่ยงทางด้านสุขภาพเบื้องต้น และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ[18] เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ข่าวสารทางด้านสุขภาพจากผู้นำชุมชน ดังเช่นการศึกษาของ Kunthu[29] ที่พบว่า การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 99 (R^2 = .99, p < .05) และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้มากที่สุด (β = 1.66, p < .05) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงกิจกรรมทางด้านสุขภาพและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม พบว่า ปัจจัยเสริมทั้งสองด้านสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยพบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (β = .16, p < .05) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเขตประเวศ ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ไลน์กลุ่ม เฟซบุ๊ก ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารได้ง่ายและเข้าใจง่ายขึ้น มีลูกหลานคอยให้คำแนะนำในการเล่นไลน์ เล่นเฟซบุ๊ก ให้คำแนะนำในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่ายสะดวกและรวดเร็ว[15] สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพได้ดี ดังเช่นการศึกษาของ Chimphitak, et al.[14] พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 61.50

นอกจากนี้ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (β = .22, p < .05) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเขตประเวศ ได้รับกำลังใจหรือคำชื่นชมในการปฏิบัติตัวจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตต่อไป ได้รับการช่วยเหลือด้านแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จากเพื่อนบ้าน เช่น คำแนะนำในการทำน้ำสมุนไพรเพื่อสุขภาพ รวมถึงคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี[30] ดังเช่นการศึกษาของ Rasiri and Songthap[12] ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (β = .35, p < .05) และร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 62.20

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนเมือง อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศได้ เนื่องด้วยความแตกต่างทางบริบท สังคม สิ่งแวดล้อม และความเป็นอยู่

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเพิ่มนโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพที่จะสามารถเพิ่มระดับของการดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัจจัยเอื้อด้านการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้สูงที่สุด ดังนั้นผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งและชุมชน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริม สนับสนุนในเรื่องการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขให้ดียิ่งขึ้นต่อไป และสนับสนุนให้มีสถานที่ที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความนี้ โดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของบทความวิจัย

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่อำนวยความสะดวก เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูล ส่งผลให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons (DOP). Situation of the Thai older persons 2022. 1 st ed. Bangkok: Amarin Corporations; 2023. Thai.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai older persons 2021. 1 st ed. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2022. Thai.
3. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World population prospects 2022. New York: United Nations; 2022.
4. National Statistical Office. The 2021 survey of the older persons in Thailand. 1 st ed. Bangkok: National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society; 2022. Thai.
5. Wongkampun S. Factors related to successful aging among urban dwelling elderly in Bangkok Metropolitan. [master's thesis].[Bangkok]: Mahidol University; 2017. 239 p.
6. Bureau of Elderly Health. Bureau of Elderly Health annual report 2022. 1 st ed. Nonthaburi: Department of Health; 2023. Thai.
7. Department of Health. Manual department of health. 1 st ed. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2019. Thai.
8. Department of Provincial Administration. Statistics information service [Internet]. Bangkok: The Bureau of Registration Administration; 2023 [cited 2023 Dec 2]. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAge.php
9. Administrative Strategy Division. Development plan [Internet]. Bangkok: Strategy and Evaluation Department; 2023 [cited 2023 Dec 4]. Available from: https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/130/BMA-developmentplan /P20ys_phase3.pdf
10. Anastasia MS, editor. Introduction to health promotion. 2 nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2023.

11. Strategy and Planning Division. Twenty-year national strategic plan for public health [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016 [cited 2024 Jan 20]. Available from: https://www.oic.go.th/fileweb/cabinfocenter2/drawer023/general/data0000/00000077.pdf
12. Rasiri T, Songthap A. Factors predicting health promotion behaviors of homebound older adults in Phitsanulok Province. SCNJ. 2021; 8(1): 127–39. Thai.
13. Karakhuean N, Songloed D, Junwin B. Factors predicting the self care behaviors of Muslim elderly in Nakhon Si Thammarat Province. JBA. 2022; 7(6): 488-501. Thai.
14. Chimphitak T, Chanpreechaya G, Teansuwan P, et al. The influence of the causal factors affect self-care behaviors among elderly in Nonthaburi Municipality District. WPSMS. 2023; 6(5): 62-75. Thai.
15. Jaisue S. Selected factors related to health promotion behaviors of the older persons living in high rise building, Bangkok Metropolis. [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2017. 196 p.
16. Bootwicha C. Factors associated with exercise behaviors of elderly in the health and environment promotion club, Sai Mai District, Bangkok Metropolitan. [master's thesis].[Bangkok]: Krirk University; 2018. 99 p.
17. Green IW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. New York: Johns Hopkins University Press; 2022.
18. Public Health Center 57 Boonruang Lumlert. Non-communicable diseases [Internet]. Bangkok: Health Department; 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://webportal.bangkok.go.th/healthcenter57
19. Department of Health. Health promotion & prevention individual wellness plan. 1 st ed. Nonthaburi: Department of Health; 2020. Thai.
20. Thongaram N, Poum A, Makmai P. Predisposing enabling, and reinforcing factors associated with health behavior among elderly in Lansak District, Uthai Thani Province. Journal of Science and Technology Northern. 2022; 3(2): 100-11. Thai.
21. Penpo P. Factors related to health promotion behaviors of the elderly in Wangsaiphun District, Phichit Province. AJCPH. 2020; 4(8): 210-23. Thai.
22. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 8 th ed. New York: John Wiley & Sons; 2005.
23. Sansongkwae T. Health care behaviors of the elderly in Muangnoy Subdistrict, Pasang District, Lamphun Province. [master's thesis].[Pathum Thani]: Thammasat University; 2016. 150 p.
24. Suksamai N. Factors related to health promoting behaviors among informal aging workers in Bangkok. [master's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2011. 209 p.
25. Chianchana C. Statistics for research: Concepts and applications. 2 nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. Thai.
26. Maton T, Saengngoen S. Factors associated with health promoting behavior among elderly in Sukhothai Province, Thailand. J Public Health. 2017; 47(1): 67-78. Thai.
27. Prawet Distric Office. General information of the district [Internet]. Bangkok: Prawet District Office; 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://webportal.bangkok.go.th/public/prawet/page/sub/2414
28. Gochman DS. Health behavior: Emerging research perspectives. New York: Plenume Press; 1988.
29. Kunthu J. Predictive factors of health-promoting behavior of the elderly Na Ngua Subdistrict, Mueang District, Phetchabun Province. Journal of Disease Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok. 2022; 9(3): 19-35. Thai.
30. House JS. Work stress and social support. California: Addison Wesley Publishing; 1981.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Effects of a Self-Regulation Program on Knowledge and Self-Care Behaviors of Hospitalized Heart Failure Patients

กนกพร ขันแก้ว[1] *อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์*[2*] *สุภัทร์ชัย พันธุ์ชัย*[3] *วิชัย เส้นทอง*[4]

Kanokporn Khankaew[1] *Atchariya Wonginchan*[2*] *Supatchai Pancha*[3] *Vichai Senthon*[4]

สุภาวิณี สีพาลา[5] *วิมลพร ธีระวัฒนานันท์*[3] *มัณฑนา สังคมกำแหง*[3] *อรุณศรี แสนเมือง*[3]

Supawinee Seepala[5] *Wimolporn Teerawattananant*[3] *Manthana Sangkomkamhang*[3] *Aroonsri Sanmuang*[3]

[1]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*

[1]*Registered Nurse, Senior Professional Level, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.*

[2]*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*

[2]*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.*

[3]*พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*

[3]*Registered Nurse, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.*

[4]*รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*

[4]*Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.*

[5]*เภสัชกรชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*

[5]*Pharmacist, Professional Level, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.*

**ผู้รับผิดชอบหลัก: watcha@kku.ac.th*

**Corresponding author: watcha@kku.ac.th*

Received 22 November 2024 • Revised 27 February 2025 • Accepted 5 March 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง* ***วิธีการศึกษา:*** *การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเชิงคลินิก แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ .88 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .70 และการหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา*

ได้ค่าเท่ากับ .80 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติที (t test) ***ผลการศึกษา:*** *พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)* ***สรุป:*** *ผู้ที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ที่ได้จะช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น*

คำสำคัญ: ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว; ความรู้การดูแลตนเอง; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; การกำกับตนเอง

Abstract

Objectives: *To study the effect of a self-regulation program on knowledge and self-care behaviors among heart failure patients at the outpatients department.* ***Methods:*** *Quasi-experimental research, the sample group was heart failure patients, divided into an experimental and a control group, 21 patients per group. The research instruments consisted of 2 parts: the experimental instrument, which was the self-regulation program, and the data collection instruments, which were the general characteristics questionnaire, the clinical data form, the self-care knowledge test, and the self-care behavior questionnaire of heart failure patients. The content validity index (CVI) of the self-care knowledge test and the self-care behavior questionnaire was .88. The reliability of the self-care knowledge test using the Kuder-Richardson 20 (KR-20) was .70, and the reliability of the self-care behavior questionnaire using the Cronbach alpha coefficient was .80. Data analysis used descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and comparison of differences by t-test.* ***Results:*** *The experimental group that received the self-regulation program had significantly higher mean scores of self-care knowledge and self-care behaviors ($p < .001$), and had significantly higher mean scores of self-care knowledge and self-care behaviors than the control group ($p < .05$).* ***Conclusion:*** *Relevant agencies should promote the use of self-regulation programs for heart failure patients to provide them with self-care knowledge and better self-care behaviors. The outcomes will help them have a better quality of life.*

Keywords: heart failure patient; self-care knowledge; self-care behavior; self-regulation

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เป็นการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด มีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลานอนตอนกลางคืน มีอาการหายใจลำบากอ่อนเพลีย ออกกำลังกายได้น้อย และมีการคั่งของเหลวในร่างกาย ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาระของระบบดูแลสุขภาพและเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั่วโลกมีผู้ป่วยอยู่ประมาณ 64.30 ล้านคน[1] ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโลก ทั่วโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 12.20 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2030 การเสียชีวิตจากโรคนี้อาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 23.60 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเป็นกลุ่มประเทศที่มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น[2] สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2565 มากถึง 70,000 ราย หรือเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี[3] หากแบ่งตามภูมิภาคข้อมูลปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ภาคกลางมีผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ[4] โดยเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 1,578 ราย 2,093 ราย และ 1,818 ราย ตามลำดับ[5] จากข้อมูลที่กล่าวมาชี้ให้เห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เรื้อรังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และจำเป็นต้องได้รับการรักษาดูแล ภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่สำคัญ คือความผิดปกติการทำงานของหัวใจ ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงมีการบีบตัวช้าลง ปริมาณการส่งเลือดน้อยลง ทำให้อวัยวะและเนื้อเยื่อของร่างกายขาดเลือด ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีอาการเหนื่อยหอบได้ง่าย หายใจลำบากขณะนอนหลับหรือนอนหลับได้ยาก เหนื่อยล้า ใจสั่น บวม หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นเร็ว[6,7] ในช่วงแรกร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีกลไกในการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลการส่งปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพื่อไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อเพื่อให้ร่างกายปกติ ส่งผลให้อัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น การเก็บน้ำและเกลือเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อการทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจ หากอาการภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะเวลานานจะเกิดผลเสียต่อการปรับกลไกของร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจก่อตัวหนาขึ้น ความสามารถในการบีบตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ มีอาการบวมและน้ำท่วมปอดเกิดขึ้นได้[7] นอกจากเกิดผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น ความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวลทั้งกับอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก การมีอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย และการรักษา เช่น ปัสสาวะบ่อยขึ้นเนื่องจากรับประทานยาขับปัสสาวะ การควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมกับปริมาณยาที่รับประทาน การปรับพฤติกรรมตามแผนการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสะสม จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น[8]

ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้ที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น[9] เงื่อนไขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ความเปราะบางของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัตราการหายผิดปกติ กิจกรรมทางกายต่ำ และน้ำหนักลด[10] รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ปริมาณยาที่รับประทานต่อวัน และพฤติกรรมอยู่นิ่งเฉย เป็นต้น[11] ส่วนความรู้ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เช่น การจำกัดโซเดียมในอาหาร การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ความร่วมมือในการรับประทานยากับแผนการรักษา การประเมินอาการผิดปกติของร่างกาย และการใส่ใจกิจกรรมการออกกำลังกาย[12] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เหมาะสมจะส่งผลให้คุณภาพการดำเนินชีวิตดีขึ้น การกำกับตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารส่งผลให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น[13]

แนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation theory) เป็นแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองที่ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมภายนอกที่สังเกตได้ และพฤติกรรมภายในที่สังเกตไม่ได้ เช่น ความคิด ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก แรงจูงใจ เป็นต้น มีความเหมาะสมในการช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคามหรือมีความตึงเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของบุคคล[14] จุดประสงค์การกำกับตนเอง คือ เพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองความต้องการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง เป็นการกำกับอารมณ์และพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการตนเองของบุคคล โดยเน้นการกระทำอย่างสม่ำเสมอ มีความถูกต้องและใกล้เคียงกันทุกครั้ง[15] 2) กระบวนการตัดสิน ซึ่งเป็นการใช้ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสังเกตตนเองเพื่อให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น และ 3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง กระทำผ่านการให้รางวัลตนเองเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สามารถกระตุ้นเตือนและกำกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเน้นการเพิ่มขีดความสามารถด้วยวิธีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและคำนึงถึงสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นร่วมด้วย[16]

การกำกับตนเองเป็นการเน้นวิธีการกำหนดทิศทางการพัฒนาตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนวิธีการแสวงหาความรู้เพิ่มตามข้อจำกัดของตนเองและสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่าง การศึกษาการกำกับตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศโปแลนด์เพื่อประเมินการรับรู้ส่วนตัวในการระบุอาการซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 63) ยิ่งมีการกำกับตนเองที่เข้มแข็งมากขึ้น ความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการลดอาการซึมเศร้ายิ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[17] และยังช่วยลดเงื่อนไขในการตัดสินใจและจัดการตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองในทิศทางที่ดีขึ้น ดังตัวอย่าง ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาล

ประจวบคีรีขันธ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[8]

สำหรับการกำกับตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร การจำกัดสารน้ำ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การชั่งน้ำหนัก การประเมินอาการผิดปกติ และกิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น[18] ดังการศึกษา ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[19] และการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[13]

ดังนั้นหากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองจะนำมาซึ่งการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความตั้งใจในการแสวงหาความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งผลที่ได้จะช่วยลดข้อจำกัดในการตัดสินใจและจัดการตนเองที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้การดูแลตนเองในทิศทางที่ดีขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ

คำถามวิจัย

โปรแกรมการกำกับตนเองมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการกำกับตนเองด้วยข้อมูลเชิงคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดำเนินการครั้งนี้โดยใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (self-regulation)[14] เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา อธิบายได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความพยายามในการใช้ความสามารถเพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองความต้องการตนเอง

ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก[14,15] คือ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) ในการกำกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ การกระทำ ความสม่ำเสมอ ความใกล้เคียง และความถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เป็นข้อมูลในการเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับที่ส่งผลต่อความรู้ การมีความรู้จะนำมาซึ่งการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยตรง ได้แก่ การจำกัดโซเดียมในอาหาร การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ความสอดคล้องการรับประทานยากับแผนการรักษา การประเมินอาการผิดปกติของร่างกาย และใส่ใจกิจกรรมการออกกำลังกาย 2) กระบวนการตัดสิน (judgement process) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการใช้ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) ในการพัฒนามาตรฐานการประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อตนเองไปในทิศทางที่เป็นบวกมากขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือตามโปรแกรมการกำกับตนเองเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เป็นแบบสองกลุ่มทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาและติดตามการรักษา 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น congestive heart failure หรือ dilated cardiomyopathy ซึ่งทำการบันทึกไว้ในงานเวชระเบียนและสถิติ เป็นไปตามมาตรฐานบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) โดยที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหัวใจและระบบไหลเวียนจัดอยู่ในกลุ่มรหัสโรค I00-I99 เป็นกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง และ 3) ผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจความถี่สูงพบว่า ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ขาดสติสัมปชัญญะ ไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่เข้าใจภาษาไทย ไม่สามารถมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้มีการคำนวณขนาดประชากรโดยการใช้โปรแกรม G*POWER ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .99 และคำนวณค่า effect size โดยการหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักตามสูตร ได้ค่าเท่ากับ 1.40 สามารถคำนวณได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 17 คนต่อกลุ่ม และทำการชดเชยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 4 คนต่อกลุ่ม เป็นกลุ่มละ 21 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 42 คน

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จริยธรรมการวิจัยเลขที่ HE651288 ลงวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลด้วยการขออนุญาตชี้แจงรายละเอียดตามหนังสือแจ้งแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบแบบสอบถาม แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ อธิบายให้ทราบโดยละเอียดถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองโดยการลงชื่อในแบบฟอร์มอาสาสมัคร แต่การ

วิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยที่สุด คือ 22 ปี กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลอย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้โดยรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังทำการเผยแพร่งานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดเตรียมและตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้พร้อม หลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเลือกประชากรศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการศึกษาวิจัย อธิบายถึงประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมงานวิจัย และเชิญชวนให้เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้จะมีระยะเวลาให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นอิสระประมาณ 30 นาที เปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็น ความพร้อม ความวิตกกังวลต่อการเข้าร่วม เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงชื่อยินยอมการเป็นอาสาสมัครในเอกสารแบบยินยอมให้ทำการวิจัย และแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการพยาบาลปกติพร้อมกับได้รับการดูแลตามโปรแกรมการกำกับตนเอง ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามตามแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาที

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลตามแผนการรักษา เช่น ประเมินความสามารถและปัญหาการดูแลตนเอง การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น การจัดการเมื่อมีอาการบวม เหนื่อย การสอนผู้ป่วยจากประสบการณ์และให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนกลับ ประเมินการร่วมมือโดยแนะนำให้ผู้ป่วยนำยามาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้งที่มาตรวจ ประเมินเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร เป็นต้น

2) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองตามที่กำหนดก่อนเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย รับชมวิดีโอเรื่อง “อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว” กิจกรรมการกระตุ้นให้สะท้อน-ย้อนคิดถึงอาการเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งที่ทำได้ดีและคิดว่าจะทำให้ดียิ่งขึ้นในการดูแลตนเอง และการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองด้วยการจดลงในสมุดบันทึกการกำกับตนเอง ตัวอย่างเป้าหมาย เช่น ความสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ ลดการกินเค็ม ชั่งน้ำหนักให้ได้อย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสังเกตภาวะแทรกซ้อน การสังเกตภาวะน้ำเกินหรือเกลือเกิน เป็นต้น

3) แจกคู่มือการดูแลตนเอง สมุดจดบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมุดบันทึกการกำกับดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อให้กลุ่มทดลองนำกลับไปศึกษาและปฏิบัติเพิ่มเติมที่บ้าน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดำเนินการประเมินผลตามโปรแกรมการกำกับตนเองกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลลัพธ์หลังได้รับโปรแกรม โดยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้ระยะเวลาโดยรวมประมาณ 30 นาที

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับตนเองเป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับดูแลตนเอง มีรายละเอียด 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเอง ใช้ระยะเวลา 30 นาที เป็นการเพิ่มความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองและการกำกับตนเองผ่านการพูดคุยกับพยาบาลแบบเผชิญหน้า (face to face) และใช้วิดีโอเรื่อง “อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว” ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นใหม่ ความยาว 15 นาที มีเนื้อหา ประกอบด้วย ลักษณะอาการของโรค แนวทางการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดย

เภสัชกร การดูแลและสังเกตตนเอง เช่น การควบคุมน้ำหนัก วิธีการนอน อาการบวม อาการเหนื่อยหอบ การปรับยาขับปัสสาวะโดยพยาบาล และความรู้เกี่ยวกับอาหารโซเดียมต่ำโดยนักโภชนาการ

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองและการให้เหตุผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยกิจกรรมการกระตุ้นให้สะท้อน-ย้อนคิด ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเอง สิ่งที่ตนเองทำได้ดีในการดูแลตนเอง และสิ่งที่คาดว่าจะทำให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงให้ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการกำกับดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน แล้วจดบันทึกลงในสมุดบันทึกที่ได้รับ

ขั้นตอนที่ 3 แจกคู่มือการดูแลตนเองและสมุดจดบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปศึกษาปฏิบัติ และจดบันทึกเพิ่มเติมให้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนย่อย ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพครอบครัว และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2) แบบบันทึกข้อมูลเชิงคลินิก เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ออกซิเจนในร่างกาย น้ำหนัก และส่วนสูง

3) แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .88[12] เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว 2 ข้อ 2) การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 8 ข้อ 3) การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 6 ข้อ 4) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 2 ข้อ และ 5) การเฝ้าระวัง การจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน 10 ข้อ โดยที่ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ หากเลือกตอบ “ถูก” แทนด้วย 1 คะแนน ถ้าเลือกตอบ “ผิด” แทนด้วย 0 คะแนน ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองกับกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .70 และการแปลผลคะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ ได้แก่ หากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับมาก และหากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับน้อย

4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88[12] เช่นกัน ซึ่งแบบสอบถามเป็นคำถามจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม 13 ข้อ การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ 4 ข้อ การใช้ยาอื่น เช่น ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม 3 ข้อ การเฝ้าระวังและจัดการอาการผิดปกติ 5 ข้อ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 1 ข้อ โดยที่คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับดังนี้

4 คะแนน คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้งหรือทุกวัน

3 คะแนน คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือ 3 ถึง 5 วันต่อสัปดาห์

2 คะแนน คือ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1 ถึง 2 วันต่อสัปดาห์

1 คะแนน คือ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นเป็นส่วนน้อยหรือ 1 ถึง 2 วันต่อเดือน

0 คะแนน คือ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

โดยการแปลผลคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

.00-1.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ

1.51- 2.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

2.51-4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองกับกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .80

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 28.0 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ข้อมูลคุณลักษณะบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังในกลุ่มเดียวกัน ใช้สถิติการทดสอบทีคู่ (paired t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการทดสอบทีอิสระ (independent t-test) กำหนดให้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสำหรับตัวแปรความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ค่า Zskewness = .55, Zkurtosis = .88 และค่า Shapiro-Wilk = .923 (sig. = .097) สำหรับตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่า Zskewness = 1.60, Zkurtosis = .52 และค่า Shapiro-Wilk = .952 (sig. = .366) สรุปได้ว่าความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมกำกับตนเอง (post-test) มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ[20] และการทดสอบความสัมพันธ์ของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ค่า r = .589 (sig. = .005) และ r = .509 (sig. = .018) ตามลำดับ สรุปได้ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องตนของการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ pair t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งได้เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 76.19 และ 76.19 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.05 ปี (SD = 17.59) และ 60.52 ปี (SD = 12.03) ตามลำดับ ระดับการศึกษามีการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 28.57 และ 52.38 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสมรส ร้อยละ 52.38 และ 76.19 ตามลำดับ และไม่กลับมารักษาซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ร้อยละ 100 และ 90.48 ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=42)

คุณลักษณะของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16	76.19	16	76.19
หญิง	5	23.81	5	23.81
อายุ: กลุ่มควบคุม (M = 60.52, SD =12.03)				
กลุ่มทดลอง (M = 53.05, SD =17.95)				
ไม่เกิน 50 ปี	7	33.33	2	9.52
51-60 ปี	8	38.20	7	33.33
61-70 ปี	2	9.52	8	38.20
มากกว่า 70 ปี	4	19.05	4	19.05
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	6	28.57	11	52.38
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	3	14.29	2	9.52
ปริญญาตรี	6	28.57	1	4.77
ไม่ระบุข้อมูล	6	28.57	7	33.33

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพครอบครัว				
สมรส	11	52.38	16	76.19
โสด/หม้าย	7	33.33	2	9.52
อื่น ๆ	3	14.29	3	14.29
การกลับมารักษาซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม				
ไม่กลับมา	21	100.0	19	90.48
กลับมา	0	0	2	9.52

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพแต่ละประเด็น พบว่า กลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) 140 ขึ้นไป มากกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 19.04 และ 4.76 ตามลำดับ) ในขณะที่ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure: DBP) ค่า 80-89 กลุ่มควบคุมมีมากกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย (ร้อยละ 28.57 และ 23.81 ตามลำดับ) อัตราการเต้นของหัวใจ (pulse) 40-59 ครั้งต่อนาที กลุ่มควบคุมน้อยกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 14.29 และ 19.05 ตามลำดับ) อัตราการหายใจ (respiratory rate: RR) 16-18 ครั้งต่อนาที กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเท่ากัน (ร้อยละ 9.52) ค่าออกซิเจนในร่างกาย (oxygen saturation: O_2) ทั้งสองกลุ่มมีค่าออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติคือร้อยละ 95 ขึ้นไป และดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ค่าต่ำกว่า 18.50 กลุ่มควบคุมมีมากกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 19.05 และ 9.52 ตามลำดับ) ค่าตั้งแต่ 25.00 ขึ้นไป กลุ่มควบคุมมีน้อยกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 28.57 และ 38.10 ตามลำดับ) รายละเอียดตามตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 ข้อมูลเชิงคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (N=42)

ภาวะสุขภาพผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=21)	กลุ่มทดลอง (n=21)
	ร้อยละ	ร้อยละ
ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)		
90-119	47.63	57.14
120-139	33.33	38.10
140-159	9.52	4.76
160-179	9.52	-
ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)		
60-79	71.43	76.19
80-89	28.57	23.81

ตาราง 2 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=21)	กลุ่มทดลอง (n=21)
	ร้อยละ	ร้อยละ
3. อัตราการของเต้นหัวใจ (ครั้งต่อนาที)		
40-59	14.29	19.05
60-79	61.90	47.62
80-100	23.81	33.33
4. อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)		
16 ครั้งต่อนาที	4.76	4.76
18 ครั้งต่อนาที	4.76	4.76
20 ครั้งต่อนาที	85.72	76.19
22 ครั้งต่อนาที	4.76	14.29
5. ค่าออกซิเจนในร่างกาย (ร้อยละ)		
95 ขึ้นไป	100.00	100.00
6. ค่าดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่า 18.50	19.05	9.52
18.50-22.99	28.57	33.33
23.00-24.99	23.81	19.05
25.00-29.99	23.81	23.81
มากกว่า 30	4.76	14.29

ส่วนที่ 3 ระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3.1 ระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก โดยที่กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 23.14 คะแนน (SD = 2.33) และภายหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 27.10 คะแนน (SD = .94) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนจากก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 25.33 คะแนน (SD = 1.82) และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 26.05 คะแนน (SD = 1.83) รายละเอียดตามตาราง 3 ดังนี้

ตาราง 3 ระดับความรู้ในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (N = 42)

ระดับความรู้	กลุ่มควบคุม (n = 21)		กลุ่มทดลอง (n =21)	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
ก่อนได้รับโปรแกรม	25.33	1.82	23.14	2.33
หลังได้รับโปรแกรม	26.05	1.83	27.10	.94

3.2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับต่ำ คือ การปรุงอาหารไม่ใส่น้ำปลา เกลือ ซอส ผงปรุงรส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .38 คะแนน (SD = 1.07) และค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นเป็นระดับปานกลางหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 คะแนน (SD = 1.80) ส่วนก่อนได้รับโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ใส่กะปิปลาร้า การกำชับคนปรุงอาหารไม่ให้ใส่ผงชูรส และการใส่ใจประเมินภาวะสุขภาพต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.19 (SD = 1.36), 2.05 (SD = 2.01), 2.14 (SD = 1.90) ตามลำดับ และหลังได้รับโปรแกรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.71 (SD = 1.31), 2.76 (SD = 1.67) และ 3.57 (SD = 1.08) ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง (N = 21)

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
1. การทำอาหารรับประทานเอง	3.62	.92	ระดับสูง	3.81	.40	ระดับสูง
2. การปรุงอาหารไม่ใส่น้ำปลา เกลือ ซอส ผงปรุงรส	.38	1.07	ระดับต่ำ	2.14	1.80	ปานกลาง
3. การรับประทานอาหารไม่ใส่กะปิปลาร้า	2.19	1.36	ปานกลาง	2.71	1.31	ระดับสูง
4. การกำชับคนปรุงอาหารไม่ให้ใส่ผงชูรส	2.05	2.01	ปานกลาง	2.76	1.67	ระดับสูง
5. การงดดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์และชูกำลัง	3.52	1.21	ระดับสูง	3.86	.48	ระดับสูง
6. การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์	3.19	1.29	ระดับสูง	3.52	1.21	ระดับสูง
7. การสังเกตความผิดปกติหลังรับประทานยา	2.86	1.85	ระดับสูง	3.24	1.61	ระดับสูง
8. การใส่ใจตวงน้ำดื่มในแต่ละวัน	2.76	1.84	ระดับสูง	3.95	.22	ระดับสูง
9. การใส่ใจประเมินภาวะสุขภาพต่าง ๆ	2.14	1.90	ปานกลาง	3.57	1.08	ระดับสูง
10. กิจกรรมการออกกำลังกาย	2.76	1.70	ระดับสูง	3.43	.98	ระดับสูง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจล้มเหลว

4.1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 23.14 คะแนน (SD = 2.33) และ 27.10 คะแนน (SD = .94) ตามลำดับ และ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.90 คะแนน (SD = .44) และ 3.62 คะแนน (SD = .50) ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 5 ดังนี้

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง (N=21)

รายการ	ผลของโปรแกรม	M	SD	t	p
ความรู้	ก่อน	23.14	2.33	8.253	.000*
	หลัง	27.10	.94		
พฤติกรรม	ก่อน	2.90	.44	5.839	.000*
	หลัง	3.62	.50		

$p < .001$**

4.2 เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 27.10 คะแนน (SD = .94) และ 26.05 คะแนน (SD = 1.83) ตามลำดับ และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง มีค่าเท่ากับ 3.62 คะแนน (SD = .50) และ 3.24 คะแนน (SD =.54) ตามลำดับ รายละเอียดตามตาราง 6 ดังนี้

ตาราง 6 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=42)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้	27.10	.94	26.05	1.83	2.332	.009*
พฤติกรรม	3.62	.50	3.24	.54	2.380	.022*

*$p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองฯ เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมกำกับตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ผ่านการรับชมวิดีโอเรื่อง “อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว” กิจกรรมการกระตุ้นให้สะท้อน-ย้อนคิด รวมระยะเวลา 30 นาที พร้อมทั้งได้รับแจกคู่มือการดูแลตนเองและสมุดจดบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมในการการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการรักษาโรคหัวใจล้มเหลวแบบประคับประคองที่บ้าน ด้วยการประเมินและการจัดการตนเองด้านอาการและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณและการดำรงชีวิต ผ่านการให้ความรู้คำแนะนำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านหลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[21] ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมเพิ่มความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับอาการของโรค แนวทางการดูแลรักษา การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และเทคนิคการสังเกตอาการตนเอง เป็นต้น ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมความพร้อมให้สามารถกำกับตนเองในการประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การเพิ่มความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาผล การจัดการรายกรณีต่อความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองด้านภาวะหัวใจล้มเหลว การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน สูงขึ้นภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[22] การศึกษาผลของคำแนะนำเรื่องอาหารสำหรับโรคหัวใจต่อความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ภายหลังได้รับคำแนะนำผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)[23] และการศึกษาการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคให้กับตนเองด้วยวิธีการสอนทางไกลแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้อาการแย่ลง ได้แก่ การรับรู้อาการ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา

การรักษาพยาบาล การเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ และการดูแลความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)[24] ดังนั้นการส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง

ผลการศึกษาตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ควรได้รับการปรับปรุง ได้แก่ พฤติกรรมการจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม เช่น การปรุงอาหารใส่น้ำปลา เกลือ ซอส ผงชูรส เป็นต้น ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ .38 คะแนน (SD = 1.07) หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.14 คะแนน (SD = 1.80) การกำชับคนปรุงอาหารไม่ให้ใส่ผงชูรส และการรับประทานอาหารที่ใส่กะปิปลาร้าก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.05 คะแนน (SD = 2.01) และ 2.19 คะแนน (SD = 1.36) ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.76 คะแนน (SD = 1.67) และ 2.71 คะแนน (SD = 1.31) ตามลำดับ ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกำกับตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับชมวิดีโอเรื่อง “อยู่อย่างไรกับภาวะหัวใจล้มเหลว” กิจกรรมการกระตุ้นให้สะท้อน-ย้อนคิด และรับแจกคู่มือการดูแลตนเอง และสมุดจดบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง อันส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองทบทวน ตรึกตรองถึงอาการเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาผลที่ประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเองแบบเผชิญหน้า การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ ที่ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว การจัดการตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[25] และสอดคล้องกับการศึกษาการยอมรับและการบำบัดด้วยความมุ่งมั่นต่อการกำกับตนเองทางอารมณ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผ่านโปรแกรมการสร้างการยอมรับ แยกแยะความคิด การอยู่กับปัจจุบัน การรับรู้ตัวตน การสร้างค่านิยม และการลงมือปฏิบัติอย่างมุ่งมั่น พบว่า กลุ่มทดลองมีการกำกับตนเองทางอารมณ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[26] และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)[27] และผลการศึกษาของการใช้กลยุทธ์การระดมความคิดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)[28] ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการกำกับตนเอง จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในส่วนที่เกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งเดียว อาจไม่สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ นำไปสรุปเป็นตัวแทนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในภาพรวมได้ทั้งหมด

2. ผลการศึกษานี้เป็นการทดสอบในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ จึงอาจไม่สามารถระบุถึงผลลัพธ์ที่ยั่งยืนได้ในระยะยาว การศึกษาที่ใช้เวลานานกว่านี้อาจให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างออกไป

3. การพึ่งพาข้อมูลการรายงานตนเองของผู้ป่วยบางราย เช่น กลุ่มที่กลับมารักษา อาจมีข้อผิดพลาดหรือมีอคติในการรายงานได้ เนื่องจากการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองใช้การรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วย

4. การตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองกับกลุ่มทดลอง (try out) อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากเป็นการใช้เครื่องมือของบุคคลอื่นที่นำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันแต่ก็ต่างพื้นที่กัน

สรุป

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยความรู้ในการดูแลตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

ของแพทย์ ส่วนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ได้แก่ การเฝ้าระวังการจัดการอาการและการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การสังเกตความผิดปกติหลังรับประทานยา ความใส่ใจในการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง และการการเฝ้าระวังการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมให้นำโปรแกรมการกำกับตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้มีความแม่นยำและน่าเชื่อถือมากขึ้น

3. ควรมีการทดสอบโปรแกรมการกำกับตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น ๆ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน และพัฒนาเครื่องมือปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ทีมผู้วิจัยตามรายชื่อทุกคนมีส่วนร่วมในการช่วยกันทำหน้าที่ในแต่ละขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่พัฒนาหัวข้อ ทบทวนวรรณกรรม ติดต่อประสานงาน เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความวิชาการรวมทั้งแก้ไขให้สามารถตีพิมพ์ได้

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนทั้งกับบุคคลและหน่วยงานอื่นใด

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับทุนวิจัยจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ 66003 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ คือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น สำหรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกหัวใจล้มเหลว ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุน ให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะจนสามารถดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Bhatti MI, Kaleem M, Hanif A. Heart failure; frequency of different factors causing decompensation in previously compensated heart failure. TPMJ. 2018; 25(6): 865-9. doi: 10.29309/TPMJ/18.4489.
2. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: R&D Blueprint; 2018 [cited 2024 Nov 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
3. Hfocus. Cardiovascular disease can be prevented by changing your behavior using the 3A&2S principle [Internet]. Bangkok: Hfocus; 2023 [cited 2024 Nov 10]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2023/09/28517#:~:text
4. ThaiHealthStat. Elderly people aged 60 years and over, coronary heart disease mortality rate [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Nov 10]. Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/agegroup/index.php?a=6&ht=1&d=2_2
5. Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Annual report 2017-2020, heart failure patients treated at the Heart Failure Clinic, Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Khon Kaen: Khon Kaen University. 2021. Thai.
6. Hashemlu L, Esmaeili R, Bahramnezhad F, et al. A systematic review on clinical guidelines of home health care in heart failure patients. BMC Nurs. 2023; 22(127): 1-14. doi: 10.1186/s12912-023-01294-w.
7. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2021; 23: 157–74. doi: 10.1002/ejhf.2008.
8. 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. Thai.
9. Ware P, Ross HJ, Cafazzo JA, et al. Outcomes of a heart failure telemonitoring program implemented as the standard of care in an outpatient heart function clinic: pretest-posttest pragmatic study. J. Med. Internet Res. 2020; 22(2): e16538. doi: 10.2196/16538.
10. Kaewsawang P, Sriprasong S, Saneha C, et al. Factors predicting self-care behaviors among patients with heart failure. KJN. 2023; 30(1): 40-55. Thai.
11. Silva MAGD, Brunori EHFR, Murakami BM, et al. Predictors of self-care behaviors in individuals with heart failure in Brazil. Rev Gaúcha Enferm. 2023; 44: e20220357. doi: 10.1590/1983-1447.2023.20220357.en.

12. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Comprehensive heart failure management program, keeping heart failure patients away from hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2017. Thai.
13. Kongpibarn S, Ua-Kit N, Tantikosoom P. The effect of self-management program on eating behaviors of patients with heart failure. Thai J. Cardio-Thorac Nurs. 2017; 28(2): 82-96. Thai.
14. Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. Res Nurs Health. 1999; 22:435-48. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199912)22:6<435::AID-NUR2>3.0.CO;2-Q.
15. Sallis JF, Owen N. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior: Theory, research, and practice. 5 th ed. San Francisco, CA: John Wiley & Sons; 2015.
16. Chew HSJ, Sim KLD, Cao X, et al. Motivation, challenges and self-regulation in heart failure self-care: A theory-driven qualitative study. Int J Behav Med. 2019; 26: 474–85. doi: 10.1007/s12529-019-09798-z.
17. Siennicka AE, Gościńska-Bis K, Wilczek J, et al. Perception of health control and self-efficacy in heart failure. Kardiol Pol. 2016; 74(2): 168-78. doi: 10.5603/KP.a2015.0137.
18. Asadi P, Ahmadi S, Abdi A, et al. Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure. Heliyon. 2019; 5(9): e02493. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02493.
19. Kongpibarn S, Ua-Kit N, Tantikosoom P. The effect of self-management program on eating behaviors of patients with heart failure. Thai J. Cardio-Thorac Nurs. 2017; 28(2): 82-96. Thai.
20. Kim TK, Park JH. More about the basic assumptions of t-test: Normality and sample size. Korean J Anesthesiol. 2019; 72(4): 331-5. doi: 10.4097/kja.d.18.00292.
21. Ng AYM, Wong FKY. Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life, symptom burden, satisfaction and caregiver burden: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2018; 55(1): 1-11, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.047.
22. Khankaew K, Wonginchan A, Ongsombat N, et al. Effects of case management on self-care knowledge of heart failure patients hospitalized in heart failure clinic. Journal of Nursing Science & Health. 2019; 42(4): 61-71. Thai.
23. Syamsuddin F, Ayuba A, Nasir NI. The effect of cardiac diet counseling on knowledge of heart diet in congestive heart failure (CHF) patients at Prof.Dr.H Aloei Saboe Hospital, Gorontalo City. JCHP. 2022; 2(1): 35-41. doi: 10.55885/jchp.v2i1.116.
24. Rosen D, Berrios-Thomas S, et al. Increasing self-knowledge: Utilizing tele-coaching for patients with congestive heart failure. Soc Work Health Care. 2016; 55(9): 711–9. doi: 10.1080/00981389.2016.1191581.
25. Hsu MY, Chiang CW, Chiou AF. The effects of a self-regulation programmer on self-care behaviour in patients with heart failure: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2021; 116(10): 103778. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103778.
26. Sayafi S, Sotodhasl N, Ebrahimi Varkiyani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy and positive psychotherapy on emotional self-regulation of women with coronary heart disease. J Inflamm Dis. 2021; 24(6): 532-43. doi: 10.32598/6JQUMS.
27. 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 Thai. 2021; 39(1): 47-63. Thai.
28. Chrisanto EY, Astuti W. The effect to using brainstorming strategy on self-care behaviors among patients with congestive heart failure. HJK. 2018; 12(4): 224-34. doi: :10.33024/hjk.v12i4.646

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
The Effect of Caregiver Coaching Program for Social Support on Psychological Well-Being Among Older Persons with Depression

อินทุอร ก้านกิ่ง[1] *วีณา คันฉ้อง*[2*] *อรวรรณ หนูแก้ว*[3]
Intu-on Kanking[1] *Weena Chanchong*[2*] *Orawan Nukaew*[3]

[1]*อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช*
[1]*Lecturer, School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand.*
[2]*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*
[2]*Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*
[3]*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*
[3]*Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*

**ผู้รับผิดชอบหลัก: weena.k@psu.ac.th*
**Corresponding author: weena.k@psu.ac.th*

Received 12 May 2023 • Revised 14 March 2025 • Accepted 14 March 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า* ***วิธีการ:*** *กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสร้างขึ้นจากทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House กระบวนการโค้ชของ Thorpe and Clifford และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-90 นาที ระยะดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบสอบถามความผาสุกทางใจ เครื่องมือ 1 และ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือ 3 ได้ตรวจสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test และสถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษา: พบว่า คะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.028$, $p < .001$) และคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.283$, $p < .05$) **สรุป:** โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้เพิ่มระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*

คำสำคัญ: โปรแกรมการโค้ช; การสนับสนุนทางสังคม; สุขภาวะทางจิต; ผู้ดูแล; ภาวะซึมเศร้า

Abstract

Objective: *To examine the effect of caregiver coaching program for social support on psychological well-being among the older persons with depression.* ***Methods:*** *Participants comprised 44 community-dwelling older persons aged 60 years or over who met inclusion criteria divided into experiment and control groups, 22 each group. The research instruments consisted of 1) the caregiver coaching program for social support developed from the conceptual framework of social support of House, the coaching process of Thorpe and Clifford, the experiential learning of Kolb and literature reviews, five sessions were provided over 4 weeks with each session lasting 45-90 minutes; 2) the demographic data questionnaire; and 3) the Psychological Well-Being questionnaire. Content validity of the instrument parts 1 and 2 was verified by three experts. The reliability of the Psychological Well-Being questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .87. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Ranks test and Mann-Whitney U test, with significant level at 0.05* ***Result:*** *The score of the psychological well-being of older persons with depression after participating in the caregiver coaching for social support program were statistically significantly higher than that before participating in the program ($Z = -4.028$, $p < .001$). In addition, the score of psychological well-being of older persons with depression after the program was statistically significantly higher than that of participants who did not receive the program ($Z = -2.283$, $p < .05$).* ***Conclusion:*** *The caregiver coaching program for social support for older persons with depression could improve psychological well-being of older persons with depression.*

Keywords: coaching program; social support; psychological well-being; caregiver; depression

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจึงเป็นทรัพยากรมนุษย์กลุ่มใหญ่ที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนประเทศ และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและการส่งเสริมสุขภาวะ และองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของสุขภาวะ คือ สุขภาวะทางจิต (psychological wellbeing)[1] ตามแนวคิดของ Ryff[2,3] สุขภาวะทางจิตเป็นการทำหน้าที่ของจิตในเชิงบวก (positive psychological functioning) ประกอบด้วย 6 มิติ คือ 1) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) 3) ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) 4) ความสามารถในการควบคุมและจัดการกับสิ่งแวดล้อม (environmental mastery) 5) จุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) และ 6) ความเจริญงอกงามของบุคคล (personal growth) สุขภาวะทางจิตสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของบุคคลจากพัฒนาการด้านจิตสังคมและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมนุษย์[2,3] การมีสุขภาวะทางจิตที่ดีนับเป็นความสำเร็จของการใช้ชีวิตของบุคคลในช่วงสูงวัย[4] โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยสำคัญ ๆทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลดังเช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ[5] การรับรู้ความสามารถของตนเอง[5] ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง[5] ภาวะซึมเศร้า[6,7] และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคม[5,8-10] อย่างไรก็ตามระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความคิดบิดเบือนทางลบ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถของตนเองในทางลบ ความสนใจในตนเองลดลงความบกพร่องในการดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแม้แต่กับสมาชิกในครอบครัวลดลง[11,12] จากงานวิจัยระยะยาว 16 ปี ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลาย-ผู้สูงอายุ พบว่า สุขภาวะทางจิตและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในลักษณะส่งผลต่อกัน (negative reciprocal relationships)[7] ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย จากฐานข้อมูลสุขภาพโลก (global health)[13]

พบภาวะซึมเศร้าในประชากรโลกกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 5.70 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในประเทศต่าง ๆ พบความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 7.60-60.60 ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม[14] ในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 9.60–32.90[14,15] ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านับเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีสุขภาวะทางจิตต่ำ ฉะนั้นการช่วยเหลือทางการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุโดยฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญยิ่ง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ[5,8-10] อีกทั้งยังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[10,14,15] ซึ่ง House[16] ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประการ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) โดยการให้ความรัก ความห่วงใยใส่ใจ การยอมรับ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) โดยการเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับบุคคลใช้ประเมินตนเอง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) โดยการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาและสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่กำลังเผชิญอยู่ได้ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) โดยการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สิ่งของ เงิน เวลา และการบริการต่าง ๆ และ House[16] เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรง (main effects) และทางอ้อม (buffering effects) ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีผลโดยตรงต่อระดับสุขภาวะทางจิตและจะมีผลทางอ้อมต่อการลดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรที่จำเป็นและสำคัญต่อการจัดการกับชีวิต ย่อมช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมและสามารถควบคุมและจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ลดการพึ่งพา มีความเป็นตัวของตัวเอง อีกทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และด้านการประเมินค่า ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้การเป็นที่รักและการยอมรับจากผู้อื่น ช่วยลดการคิดบิดเบือนทางลบต่อตนเอง ทำให้เห็นคุณค่าตนอง มองเห็นศักยภาพของตน ยอมรับตนเอง เกิดความมั่นใจและรู้สึกมั่นคงในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และเรียนรู้และใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย ดังนั้นการช่วยเหลือทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมอาจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้นได้

ด้วยภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุเก็บตัว บกพร่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม[11,12] กระทบต่อการรับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ดังนั้นครอบครัวหรือผู้ดูแลนับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทมากกว่าแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน[17] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา[6,10,18] พบว่า กิจกรรมของโปรแกรมดำเนินการในโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์ โดยบุคลากรขององค์กรนั้น ๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ โปรแกรมที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้านด้วยโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กระบวนการโค้ชของ Thorpe and Clifford[19] ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะช่วยพัฒนาผู้ดูแลให้มีความรู้และความเข้าใจ เกิดทัศนคติทางบวก และมีทักษะจำเป็นในการดูแลได้[20] ร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb[21] ที่ให้ความสำคัญกับผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและเชื่อว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ให้ผลลัพธ์ดีที่สุด ซึ่ง Kolb[21] ได้จัดลักษณะการเรียนรู้จากประสบการณ์ออกเป็น 4 รูปแบบ ผู้วิจัยจึงออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมให้สอดคล้องกับลักษณะการเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้ง 4 รูปแบบของ Kolb[21] ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในความดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญคือผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[16] ในการกำหนดเนื้อหาสาระการเรียนรู้ จากที่กล่าวมาผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้สามารถพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการ

สนับสนุนทางสังคมหรือไม่

2. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐาน

1. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

2. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[16] กระบวนการโค้ชของ Thorpe and Clifford[19] และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb[21] ร่วมการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า[6,10,15,18]

โดยในการกำหนดเนื้อหาการเรียนรู้และการลงมือปฏิบัติของผู้ดูแลในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคมของ House[16] และในการกำหนดกระบวนการและรูปแบบการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้บูรณาการกระบวนการโค้ชของ Thorpe and Clifford[19] ซึ่งเป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้และทักษะจากผู้โค้ชสู่ผู้รับการโค้ช ที่ทำให้ผู้รับการโค้ชเกิดการเรียนรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ 4 รูปแบบ ตามแนวคิดของ Kolb[21] ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

1. การชี้แจงเป้าหมายและความต้องการ (clarifying coaching needs and goals) เป็นการสร้างความเข้าใจในเป้าหมายของโปรแกรมการโค้ชและนำสู่การค้นหาเป้าหมายและความต้องการเฉพาะเจาะจงของผู้รับการโค้ชการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้รับการโค้ชจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สุขภาวะทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน เห็นความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยหลักการเรียนรู้แบบประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) และแบบความคิดเชิงนามธรรม (abstract conceptualization) โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม สนับสนุนด้วยทรัพยากรการเรียนรู้ได้แก่ คู่มือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสถานการณ์ตัวอย่าง สื่อนำเสนอ (presentation) และวีดิทัศน์ (video)

2. การตกลงเกี่ยวกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา (agreeing specific development needs) เป็นการค้นหาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม อาศัยหลักการเรียนรู้แบบการสังเกตสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยการร่วมกันอภิปรายและใช้คู่มือการทำกิจกรรม ผู้รับการโค้ชจะได้ทบทวนประสบการณ์ตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาและนำใช้ความรู้ใหม่มาวิเคราะห์และสะท้อนคิดค้นหาช่องว่างและระบุความต้องการเพื่อพัฒนาการดูแลสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในความดูแล

3. การจัดทำแผนโดยละเอียดสำหรับการโค้ช (formulating a detailed plan for coaching) เป็นการจัดทำแผนปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและแผนพัฒนาตนเองของผู้รับการโค้ช อาศัยหลักการเรียนรู้แบบประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) ประสบการณ์การลองทำ (active experimentation) และการสังเกตสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยใช้คู่มือการทำกิจกรรม มีการให้การปรึกษาจากผู้โค้ชเมื่อเกิดข้อสงสัย และการเรียนรู้ทักษะการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม ด้วยวีดิทัศน์ (video) และการแสดงบทบาทสมมุติ (role play)

4. การลงมือปฏิบัติ (doing a task or activity) เป็นการลงมือปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยหลักการเรียนรู้แบบประสบการณ์การลองทำ (active experimentation) ร่วมกับการสังเกตสะท้อน

กลับ (reflective observation) โดยลงมือปฏิบัติจริงตามแผนกับผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล บันทึกผล ความรู้สึกและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และผู้รับการโค้ชสามารถทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองจากคู่มือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และขอคำชี้แนะจากผู้โค้ชเมื่อต้องการได้

5. การทบทวนและวางแผนปรับปรุง (reviewing activities and planning improved) เป็นการวางแผนปรับปรุงเพื่อให้การปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย อาศัยหลักการเรียนรู้แบบการสังเกตสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยผู้รับการโค้ชทบทวนและสะท้อนคิดประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติ วิเคราะห์หาสาเหตุ วิธีการแก้ไข และวางแผนปรับปรุงการให้การสนับสนุนทางสังคมภายใต้การเอื้ออำนวยและชี้แนะจากผู้โค้ช

6. สิ้นสุดความสัมพันธ์ของการโค้ช (ending the coaching relationship) เป็นการประเมินความสำเร็จโดยรวมของโปรแกรมการโค้ช โดยให้ผู้รับการโค้ชได้สะท้อนความรู้สึกและร่วมกันแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และยุติการโค้ช

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินด้วย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ที่ระดับคะแนนระหว่าง 13-24 คะแนน 2) สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ พึ่งพิงผู้อื่นอยู่ในระดับเล็กน้ อยถึงปานกลาง ประเมินด้วย Barthel activities of daily living (ADL) ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป 3) มีผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน 4) ไม่มีความพิการทางร่างกายและโรคทางสมอง และ 5) ไม่ได้อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

2. ผู้ดูแล กำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน 2) รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 3) มีโทรศัพท์มือถือ ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่ได้อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ และ 5) เข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วนทุกกิจกรรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 22 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.13 ซึ่งคำนวณได้จากงานวิจัยผลโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของ Petburi, Somprasert and Othaganont[6] และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 กำหนดขนาดความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .95 ใช้สถิติ independent t-test ทดสอบแบบทางเดียว (one tail) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 18 คนต่อกลุ่ม และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลาก 2 หมู่บ้านที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน แบ่งเป็นหมู่บ้านกลุ่มทดลองและควบคุม คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากทั้ง 2 หมู่บ้าน มาจับคู่ (match pair) ด้วยคะแนน TGDS และคะแนน ADL เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน (confounding factors) ต่อสุขภาวะทางจิต

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2022-St-Nur-029 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย และการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ไม่มีผลต่อประโยชน์ที่พึงได้ตามสิทธิแต่อย่างใด ข้อมูลเก็บรวบรวมไว้ที่ในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลที่มีรหัสผ่านการเข้าถึง เอกสารข้อมูลเก็บไว้ในตู้ส่วนบุคคลมีกุญแจล๊อค ข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังการตีพิมพ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2565 ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน สำหรับการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

2. ผู้วิจัยศึกษาหาข้อมูลเพื่อค้นหาหมู่บ้านที่มีลักษณะโครงสร้างและบริบททางสังคมใกล้เคียงกันและแบ่งหมู่บ้านเป็นกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย

3. หลังการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลท่าศาลา ผู้วิจัยลงพื้นที่กับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย ได้คัดกรองผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด และจับคู่(match pair) ด้วยระดับคะแนน TGDS และคะแนน ADL จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มละ 22 คน

4. ผู้วิจัยพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลัก ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินโครงการและการพิทักษ์สิทธิ์ โดยสอบถามความสมัครใจและให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และมีผู้ช่วยวิจัยประเมินเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนการทดลอง

5. การดำเนินการในกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล พร้อมทั้งประเมินสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางใจ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพร้อมทั้งมอบคู่มือผู้ดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้ผู้ดูแล

6. การดำเนินการในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม หลังจากผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการโดยแบ่งผู้ดูแลหลักออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน และนัดหมายสถานที่และวัน-เวลา ในการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยกิจกรรมกลุ่มจัดที่ห้องประชุม รพ.สต. ท่าศาลา และกิจกรรมรายบุคคลจัดที่บ้านผู้สูงอายุ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินสุขภาวะทางจิต

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม เป็นกิจกรรมตามกระบวนการโค้ชและการเรียนรู้จากประสบการณ์ผสมผสานระหว่างกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมรายบุคคลที่บ้าน ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมรายกลุ่ม 3 ครั้ง กลุ่มละ 5-6 คน ใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที ร่วมกับกิจกรรมรายบุคคลที่บ้าน (ระยะเวลา 3 สัปดาห์) รวมระยะเวลาการดำเนินการโปรแกรมฯ ทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การทำความรู้จักโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม และการให้ความรู้ โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม พร้อมคู่มือสำหรับผู้ดูแล เรื่อง การให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สถานการณ์ตัวอย่าง สื่อนำเสนอ (presentation) และ วีดิทัศน์ (video) เป็นสื่อเพื่อการเรียนรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดประสบการณ์เดิมในการดูแลสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมาและเปรียบเทียบกับการเรียนรู้เกิดขึ้นในขั้นตอนแรก เพื่อค้นหาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อผู้ดูแลนำไปวางแผนสำหรับพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

กิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 2 การเขียนแผนการพัฒนาตนเองและแผนให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้ดูแลนำความต้องการที่ได้จากการทบทวนและวิเคราะห์ตนเองในกิจกรรมครั้งที่ 1 มากำหนดเป็นเป้าหมายและนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมากำหนดเป็นกิจกรรมในแผน ผู้วิจัยให้การชี้แนะในการเขียนแผน นอกจากนี้มีการพัฒนาทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะลงมือปฏิบัติการจริง

สัปดาห์ที่ 2 และ 3

กิจกรรมรายบุคคลที่บ้าน การดำเนินกิจกรรมตามแผน ฯ โดยผู้ดูแลบันทึกผลการปฏิบัติ ความรู้สึกและปัญหาอุปสรรค สามารถทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองจากคู่มือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

และขอคำชี้แนะจากผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอด ในระหว่างนี้ผู้ดูแลจะได้รับการลงเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย 1 ครั้ง เพื่อทบทวนและวางแผนปรับปรุง โดยนำประสบการณ์จริงมาวิเคราะห์หาสาเหตุ วิธีการแก้ไข และวางแผนปรับปรุงการให้การสนับสนุนทางสังคมตามบริบทที่เกิดขึ้นจริง และผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงและบันทึกผลการปฏิบัติเช่นเดิม

สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมรายกลุ่ม ครั้งที่ 3 การสิ้นสุดความสัมพันธ์ของการโค้ชผู้ดูแล โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม เกิดเป็นการเรียนรู้ใหม่ส่วนบุคคลที่ผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์วางแผนให้การดูผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ต่อไป

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) เท่ากับ .80 และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะในประเด็นการเพิ่มระยะเวลาการให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมรายบุคคลที่บ้านจาก 2 เป็น 3 สัปดาห์ และปรับการใช้ภาษาของคู่มือให้เข้าใจง่ายขึ้น ในการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คนพบว่า คะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น เนื้อหาในคู่มือเป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการควบคุมโรค ผู้ดูแลหลัก สัมพันธภาพกับผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสามารถในการควบคุมโรคประจำตัว และสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความผาสุกทางใจ พัฒนาโดย Wichitsiri and Sawangsopakul[22] ตามกรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของ Ryff [2,3] มีข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ เป็นมาตราวัดประเมินค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 ถึง 72 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง ระดับของความผาสุกทางใจสูง ได้ทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach'alpha coefficient) เท่ากับ .87

3. เครื่องมือควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

1) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)[23] พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย กรมสุขภาพจิต คำถาม-ให้ตอบแบบใช่/ไม่ใช่ จำนวน 30 ข้อ ประเมินความรู้สึกในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน แปลผลตามระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ปกติ (0-12) มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18) มีความเศร้าปานกลาง (19-24) และ มีความเศร้ารุนแรง (25-30) ผ่านการทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-70 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) 10 ข้อ พัฒนาโดย Jitapunkul[24] ผ่านการประเมินความตรงเนื้อหาและการทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนเท่ากับ .89 แปลผลตามระดับคะแนน ดังนี้ ช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดเตียง คือผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ ช่วง 5-11 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดบ้านคือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลฯ ด้วยสถิติไคสแคว์

2. วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการ

สนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test และระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย นับถือศาสนาอิสลาม อายุโดยเฉลี่ย 71 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้าย มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลเอาใจใส่ แม้มีโรคประจำตัวยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ ส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านการเงิน

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อายุโดยเฉลี่ย 46 ปี นับถือศาสนาอิสลาม มีคู่สมรส สัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบุตรหลานและพี่น้อง การศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษา ผู้ดูแลเพียงส่วนน้อยที่มีโรคประจำตัวแต่อาการไม่รุนแรง ตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติไคสแควร์ และ t-test จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล (N=44)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม(n=22) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม(n=22) จำนวน(ร้อยละ)	X^2/t	p
เพศ				
ชาย	7(31.8)	5(22.7)	.458[a]	.498
หญิง	15(68.2)	17(77.3)		
อายุ (ปี)				
I : M = 71.95, SD = 7.273, Min=61, Max=86				
C : M = 71.18, SD = 7.261, Min=62, Max=86	.353	.726		
60 ปี - 69 ปี	8 (36.4)	11 (50.0)	1.008[b]	.604
70 ปี - 79 ปี	10 (45.5)	7 (31.8)		
80 ปี – 89 ปี	4 (18.2)	4 (18.2)		
ศาสนา				
อิสลาม	22 (100)	22 (100)	-	-
สถานภาพสมรส				
โสด/หม้าย	16 (72.7)	12 (54.5)	1.571[a]	0.210
คู่	6 (27.3)	10 (45.5)		
หม้าย/หย่า/แยก				
รายได้				
I : M = 1795.45, SD = 1710.048, Min=600, Max=8000				
C : M = 2031.82, SD = 915.156, Min=800, Max=5000	-.572	.571		
0 - 5,000 บาท	21 (95.5)	22 (100)	1.023[c]	.500
5,001 – 10,000 บาท	1 (4.5)	0		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม(n=22) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม(n=22) จำนวน(ร้อยละ)	X^2/t	p
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	4 (18.2)	3 (13.6)	.170[c]	.500
ไม่เพียงพอ	18 (81.8)	19 (86.4)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	4 (18.2)	5 (22.7)	.140[c]	.500
มี	18 (81.8)	17 (77.3)		
ระดับของภาวะซึมเศร้า				
เล็กน้อย	15 (68.2)	15 (68.2)	.000[a]	1.000
ปานกลาง	7 (31.8)	7 (31.8)		
I : M = 17.64, SD = 3.317, Min = 13, Max = 24				
C : M = 17.59, SD = 3.127, Min = 13, Max = 23	.047	.963		
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน				
I : M = 18.05, SD = 2.171, Min = 13, Max = 20				
C : M = 17.68, SD = 2.715, Min = 11, Max = 20	.491	.626		
ผู้ดูแลหลัก				
คู่สมรส	3 (13.6)	2 (9.1)	4.923[b]	.085
บุตร	17 (77.3)	12 (54.5)		
อื่น ๆ (พี่น้อง หลาน)	2 (9.1)	8 (36.4)		
สัมพันธภาพกับผู้ดูแลหลัก				
ทะเลาะเบาะแว้ง	1 (4.5)	1 (4.5)	.925[b]	.819
รักใคร่	7 (31.8)	10 (45.5)		
เอาใจใส่ดูแล	13 (59.1)	10 (45.5)		
ห่างเหิน	1 (4.5)	1 (4.5)		

[a] = Pearson chi-square, [b] = Likelihood ratio [c] = Fisher's exact test

I = intervention group, C = controlled group

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม (MD= 50.00, IQR = 8) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล (MD= 45.00, IQR = 4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -4.028, p < .001) ตามตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test (N=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	MD	IQR	Z	p
ก่อนได้รับโปรแกรม	45.00	4		
หลังได้รับโปรแกรม	50.00	8	-4.028	< .001

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล และหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญ (Z=-2.283, p <.05) ตามตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test (N=44)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม(n=22)		กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม(n=22)		Z	P
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ก่อนได้รับโปรแกรม	22.84	502.50	22.16	487.50	-.177	.859
หลังได้รับโปรแกรม	26.91	592.00	18.09	398.00	-2.283	.022

การอภิปรายผลการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมมีค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และหลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากกระบวนการโค้ช 6 ขั้นตอนของ Thorpe and Clifford[19] ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb[21] และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[16] เมื่อผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการสนับสนุนทางสังคมและได้ลงมือปฏิบัติให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งปัจจัยสำคัญต่อการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี[5,8-10] พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์[8] และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง[25] สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10]

เนื้อหาสาระสำคัญในโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ได้ถูกออกแบบโดยให้ความสำคัญกับการให้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House[16] อย่างเช่น การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ การพูดคุยเอาใจใส่ การถามไถ่ความต้องการ การรับฟังด้วยความห่วงใยอย่างสม่ำเสมอ การให้การยอมรับ การพูดชมเชยต่อความสามารถตามศักยภาพของผู้สูงอายุ การช่วยสะท้อนให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักศักยภาพของตนเอง และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้ครอบคลุมตอบสนองความต้องการของมนุษย์ของ Maslow[26] นั่นเอง ตั้งแต่ความต้องการขั้นพื้นฐานด้านกายภาพ การตอบสนองความต้องการในมิติจิตสังคม ได้แก่ ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการเป็นที่รักและเป็นส่วนหนึ่ง ความต้องการมีคุณค่าและความต้องการขั้นสูงสุด คือ ต้องการในการเข้าใจและรู้จักตนเอง ซึ่ง Ryff[2,3] กล่าวถึงการได้รับการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ว่ามีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาวะทางจิตของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตโดยส่งผลผ่านทางความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานด้านจิตใจ[27]

กระบวนการโค้ช 6 ขั้นตอนช่วยให้การออกแบบโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้ครอบคลุมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและการลงมือปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมในครึ่งแรกของโปรแกรมนี้ เน้นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดทัศนคติที่ดีรวมทั้งเกิดทักษะและความพร้อมต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาศัย 3 ขั้นตอนแรกของกระบวนการโค้ช ได้แก่ 1) การชี้แจงเป้าหมายและความต้องการ (clarifying coaching needs and goals) 2) การกำหนดข้อตกลงที่เฉพาะเจาะจง (agreeing specific development needs และ 3) การจัดทำแผนโดยละเอียด (formulating a detailed plan for coaching) และเป็นกิจกรรมที่มีรูปแบบหลากหลายซึ่งพัฒนาโดยใช้หลักการการเรียนรู้แบบความคิดเชิงนามธรรม (abstract conceptualization) กับการเรียนรู้ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) ตามแนวคิดการเรียนรู้ของ Kolb[21] ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การสะท้อนคิดและทบทวนประสบการณ์เดิมในการดูแลสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมา การประเมินสถานการณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล วิเคราะห์ช่องว่างสำหรับการพัฒนาตนเองของผู้ดูแลเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House[16] การจัดทำแผนการดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ และได้รับการฝึกทักษะการสนับสนุนทางสังคมโดยการสอนสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ (demonstration) แสดงบทบาทสมมุติ (role play) มีสื่อและทรัพยากรเพื่อการเรียนรู้หลากหลายได้แก่ คู่มือการทำกิจกรรม สถานการณ์ตัวอย่าง สื่อนำเสนอ (presentation) และ วีดิทัศน์ (video) นอกจากนี้ผู้ดูแลได้รับคู่มือซึ่งรวบรวมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในรูปแบบที่มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ภาพประกอบน่าสนใจ สำหรับให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมการโค้ชข้างต้น สอดคล้องกับกิจกรรมในโปรแกรมของ Purba, Suttharangsee and Chaowalit[20] ที่ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าโปรแกรมการโค้ชส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ และผลลัพธ์ยังคงอยู่หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน อีกทั้งการศึกษาของ Wungrath, et al.[28] พบว่าการให้ผู้ดูแลใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้คู่มือ ในการวิจัยครั้งนี้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลได้สะท้อนว่า “เราต้องเอาความรู้ที่ได้จากโครงการไปปฏิบัติให้ตรงกับชีวิตจริง แล้วรู้เลยว่าไม่ยาก” “ถ้าไม่มาร่วมโครงการก็ยังไม่รู้ว่าการชวนกินข้าวพร้อมกัน เป็นการถามไถ่แสดงถึงความห่วงใยใส่ใจ ปกติทำกับข้าวไว้ให้แล้วก็เสร็จ” อีกทั้งในการประเมินความพร้อมและความมั่นใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลให้คะแนนความมั่นใจของตนเองมากกว่า 7 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน’

สำหรับกิจกรรมในครึ่งหลังของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้เน้นการให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในบริบทตามที่อยู่อาศัยจริง ประกอบด้วย กิจกรรมการโค้ชในขั้นตอนลงมือปฏิบัติ (doing a task or activity) และการทบทวนวางแผนปรับปรุง (reviewing activities and planning improved) ถูกออกแบบตามแนวคิดการเรียนรู้ของ

Kolb[21] โดยใช้หลักการลองทำ (active experimentation) และการสังเกตแบบสะท้อนกลับ (reflective observation) ในตลอดช่วง 2 สัปดาห์ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติตามแผนและทบทวนปรับปรุงการปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์นอกจากนี้มีการติดตามผู้ดูแลเป็นรายบุคคลที่บ้าน 1 ครั้ง เพื่อร่วมกันสะท้อนคิดและวิเคราะห์การปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคม วางแผนจัดการปัญหาอุปสรรคที่สอดคล้องกับบริบทจริงในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเองและผู้สูงอายุ ทำให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากการปฏิบัติของตนเอง มีทัศนคติเชิงบวกและทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังคำกล่าวของผู้ดูแลเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล “ดีใจมากที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการนี้ การได้เอาข้อมูลที่เจ้าหน้าที่สอนมาลงมือดูแลม๊ะ (แม่) จริง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อตัวเองมาก ๆ” และ “ไม่เคยคิดเลยว่าการปรับปรุงเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันธรรมดา ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เรารักมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้”

ดังผลการศึกษาที่พบว่า สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมเปลี่ยนแปลงลดลง (ตาราง 3) อธิบายได้ว่า เนื่องจากลักษณะเชิงอัตวิสัยและความเป็นพลวัตรของสุขภาวะทางจิต[2,3] กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งในเพศหญิงพบว่ามีสุขภาวะทางจิตต่ำกว่าในเพศชาย[29] และในคนที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพใจ[5,25]

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในประเด็นการอ้างอิงผลการวิจัยของโปรแกรม (generalization) ไปยังประชากรกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากการได้มาของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ ใช้การสุ่มตัวอย่าง (random sampling) จึงอาจมีอคติการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (bias selection) กลุ่มตัวอย่างมาจากพื้นที่เดียวซึ่งประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีรายได้ค่อนข้างต่ำ

นอกจากนี้ ด้วยข้อจำกัดของกระบวนการวิจัยที่ไม่สามารถปกปิดข้อมูลการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม จึงอาจเกิดการปฏิบัติที่ผิดธรรมชาติ (Hawthorne effect) ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจากการตระหนักรู้ถึงการได้รับความใส่ใจ และเนื่องจากไม่มีการติดตามผลระยะยาว จึงมีข้อจำกัดในประเด็นความยั่งยืนผลของโปรแกรม (sustainability)

สรุป

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้ พบว่าสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวมุสลิมที่มีรายได้ต่ำ โดยโปรแกรมการโค้ชนี้ช่วยให้ผู้ดูแลได้ตระหนักความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ได้เรียนรู้พัฒนาศักยภาพของตนเองและให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในความดูแล จนช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ ควรนำโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้การพยาบาลแบบปกติในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ทั้งนี้พยาบาลที่จะใช้โปรแกรมควรได้ฝึกการโค้ช ทำความเข้าใจกระบวนการโค้ช สามารถนำกลุ่มกิจกรรมได้ และควรทำการศึกษาแบบติดตามผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว เช่น หลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน เพื่อดูความยั่งยืนผลของการให้โปรแกรม

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยและทีมวิจัยมีส่วนร่วมตั้งแต่การเขียนโครงร่างวิจัย การพัฒนาโปรแกรม การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผลและอภิปรายผล รวมทั้งการดำเนินการเขียนบทความ รวมทั้งปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เสียสละเวลาให้การดูแลอำนวยความสะดวกต่อการลงพื้นที่ของผู้วิจัยและทีมวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยอันจะเป็นประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Paitoonpong S. Promotion of active aging and quality of life in old age and preparation for a complete aged society in Thailand. TDRI Quarterly Review. 2023; 38(3): 3-13. Thai.
2. Ryff CD. Happiness is everything, or it is? explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989; 57(6): 1069-81. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.

3. Ryff, CD. Psychological well-being in adult life. Curr Dir Psychol Sci.1995; 4(4), 99-104.
4. Blanco-Molina M, Pinazo-Hernandis S, Tomás JM. Subjective well-being key elements of successful aging: A study with lifelong learners older adults from Costa Rica and Spain. Arch Gerontol Geriatr. 2019; 85: 1-8. doi: 10.1016/j.archger.2019.06.002.
5. Thongsuk Y, Vatanasin D, Hengudomsub P. Factors influencing psychological well-being among older adults. JPNMH. 2019; 33(1): 95-110. Thai.
6. Petburi P, Somprasert C, Othaganont C. The effect of a social support program on the mental health of the elderly. JNH. 2017; 35(2): 188-97. Thai.
7. Joshanloo M, Blasco-Belled A. Reciprocal associations between depressive symptoms, life satisfaction, and eudaimonic well-being in older adults over a 16-year period. Int J Environ Res Public Health. 2023; 20(3): 1-15. doi: 10.3390/ijerph20032374.
8. Puttamat R, Chintanawat R, Pothiban L. Social support for and psychological wellbeing of older people in nursing homes. JTNMC. 2020; 35(1): 61-74. Thai.
9. Moatamedy A, Borjali A, Sadeqpur M. Prediction of psychological well-being of the elderly based on the power of stress management and social support. Iran. J. Ageing. 2018; 13(1): 98-109. doi:10.21859/sija.13.1.98.
10. Tingchum P, Changmai S, Toskulkao T. The effects of a social support program on the loneliness and well-being of older persons. NJPH. 2022; 32(1): 182-94. Thai.
11. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Ngamthipwattana T, et al. Elderly care guide: Depression relief formula. 1 st ed. Nonthaburi: Openworlds. 2016. Thai.
12. Murayama N, Endo T, Inakl K, et al. Characteristics of depression in community-dwelling elderly people as indicated by the tree-drawing test. Psychogeriatrics. 2016; 16: 225–32. doi:10.1111/psyg.12142.
13. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Mar 31]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
14. Zenebe Y, Akele B, Selassie W, et al. Prevalence and determinants of depression among old age: A systematic review and meta analysis. Ann Gen Psychiatry. 2021; 20(1): 55. doi: 10.1186/s12991-021-00375-x.
15. Thipprakmas R. Prevalence and factors associated with depression in the elderly: A systematic review. RHPC9Journal. 2021; 15 (37): 325-38. doi:10.14456/rhpc9j.2021.23. Thai.
16. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
17. Malathum P, Kongiem J, Intarasombat P. The relationship between family support and friends with life satisfaction of rural elderly. Rama Nurs J. 2009; 15(3): 431-48. Thai.
18. Hongsakornprasert K. The effect of social support program on depression in major depressive disorder elderly. MDJH. 2022; 4(2): 15-26. Thai.
19. Thorpe S, Clifford J. The coaching handbook: An action kit for trainers & manager. London: Kogan Page; 2003.
20. Purba JM, Suttharangsee W, Chaowalit A. Effect of a caregiver coaching program on family caregivers' competencies for persons with schizophrenia: A pilot study. J Health Res. 2016; 30(4): 267-74.
21. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. 2 nd ed. New Jersey: Pearson Education; 2015.
22. Wichitsiri P, Sawangsopakul B. Wisdom, social support and psychological well-being of elderly in the elderly club at WatSarod Rat Burana District, Bangkok. JSSH. 2012; 38(2): 139-51. Thai.
23. Cognitive Rehabilitation Unit. Thai Geriatric Depression Scale. Siriraj Hospital Gazette.1991; 46: 1-9. Thai.
24. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University; 1998.
25. Sodvilai P, Kerdmongkol P, Amnajsatsue K, et al. Predictive factors of psychological well-being among older adults with chronic disease receiving care at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. Journal of Public Health Nursing. 2019; 33(2): 96-110. Thai.
26. Maslow AH. A theory of human motivation. Psycho Rev. 1943; 50(4): 370-96.
27. Shin H, Park C. Social support and psychological well-being in younger and older adults: The mediating effects of basic psychological need satisfaction. Front Psychol. 2022; 13(1): 1-14. doi:10.3389/fpsyg.2022.1051968.
28. Wungrath J, Mongkol P, Thongprachum A, et al. Effect of using basic elderly care handbook on knowledge and behavior regarding elderly care among caregivers of the elderly in Choeng Doi Subdistrict, Doi Saket District, Chiang Mai Province. JCDLQ. 2019; 8(1):16-30. Thai.
29. Matud MP, Bethencourt JM, Ibนnez I, et al. Gender and psychological well-being in older adults. Int. Psychogeriatr. 2020; 32(11): 1293–302.

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคที เพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

The Development of Nutritional Self-Management Integrated With the SKT Meditation Therapy Program to Control Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting Among Patients With Breast Cancer

ญาดา หอมประกอบ[1] พัชรี คมจักรพันธุ์[2] หทัยรัตน์ แสงจันทร์[3]*

Yada Homprakob[1] Patcharee Komjakraphan[2] Hathairat Sangchan[3]*

[1]พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[1]Registered Nurse, Songklanakarind Hospital, Songkhla, Thailand.

[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[2]Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

[3]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthalung, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: patcharee.ko@psu.ac.th*

**Corresponding author: patcharee.ko@psu.ac.th*

Received 12 December 2024 • Revised 5 March 2025 • Accepted 27 March 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *การวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม* ***วิธีการ:*** *การวิจัยและพัฒนา ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับแนวคิดการประสานกาย-จิต พัฒนาตามแบบจำลองของไอโอวา ประกอบด้วย 2 ระยะ 1) ระยะพัฒนา และ 2) ระยะประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคที ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน* ***ผลการศึกษา:*** *พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน 2) การปฏิบัติสมาธิบำบัดเอสเคที 1 และ 7 และ 3) การดูแลด้านโภชนาการ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเป็นไปได้ในของการนำไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.87, SD = .15)* ***สรุป:*** *โปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดใน*

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI =1 และมีความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากมีขั้นตอนและรูปแบบที่ชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ ทำให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม; ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด; สมาธิบำบัดเอสเคที; โภชนาการ; การจัดการตนเอง

Abstract

Objective: *This research aimed to develop a nutritional self-management program combined with SKT meditation therapy to help control chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients.* ***Methods:*** *Research and development utilize the concept of self-management along with mind-body connection, the IOWA development model was applied, which includes two phases: (1) a development phase, and (2) an evaluation phase to assess the feasibility of implementing the program. The sample group consisted of 10 professional nurses caring for breast cancer patients undergoing chemotherapy. The research instruments consisted of 1) a nutritional self-management program combined with SKT meditation therapy, with a Content Validity Index (CVI) of 1. Qualitative data were analyzed using content analysis. 2) a form to assess the feasibility of program implementation. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.* ***Results:*** *The research showed that the developed program comprised three components: (1) support for nutritional self-management in controlling nausea and vomiting symptoms, (2) SKT 1 and 7 meditation therapy practice, and (3) nutritional care. The mean score for feasibility was at the highest level (M = 4.87, SD = .15).* ***Conclusion:*** *The nutrition self-management program combined with SKT meditation therapy, is designed to control chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients achieved a content validity index (CVI) of 1. The feasibility of implementation was rated at the highest level, as the procedures and format were clear, easy to understand, and convenient to implement, making it practical and suitable for use in the context of breast cancer patients receiving chemotherapy.*

Keywords: patients with breast cancer; chemotherapy-induced nausea and vomiting; SKT meditation therapy; nutrition; self-management

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งที่พบในประชากรไทยเพศหญิง พบมากในสตรีที่มีอายุอยู่ในช่วง 40-55 ปี[1] เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ในกลุ่มของโรคมะเร็ง ต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2561-2565 มีอัตราการตาย 13.3, 13.9, 14.3, 14.6 และ 14.2 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ[2] ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมักมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมและระดับฮอร์โมนเพศหญิงที่เพิ่มขึ้น อาการผิดปกติที่พบบ่อย คือ คลำได้ก้อนที่เต้านม มีสารคัดหลั่งออกทางหัวนมหรือมีอาการเจ็บบริเวณเต้านม วิธีการรักษามะเร็งเต้านมมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด ลักษณะของก้อนที่พบ ระยะของโรค และการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง โดยการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด เพื่อเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตโดยปลอดโรค และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งยาเคมีบำบัดมีเป็นวิธีการรักษาสำคัญที่ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยในทุกระยะของโรค โดยมีกลไกในการยับยั้งการสร้างโปรตีน และการแบ่งตัวในวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง[3] อย่างไรก็ตาม แม้เคมีบำบัดจะเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ออกฤทธิ์ทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติของร่างกาย ส่งผลให้เกิดอาการ

ข้างเคียงจากการรักษา โดยส่วนใหญ่มักทำให้เกิดอาการข้างเคียงในระบบทางเดินอาหารได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน การรับรสเปลี่ยนแปลง ปากแห้ง เจ็บปาก มีแผลในช่องปาก ท้องผูกหรือท้องเสีย และน้ำหนักลด[4] ซึ่งเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการรักษา ทั้งระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด และภายหลังได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด (chemotherapy-induced nausea and vomiting: CINV) เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบได้ถึงร้อยละ 63 และร้อยละ 25.40 ตามลำดับ แม้จะได้รับยาป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนแล้ว[5] ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอาจเป็นอุปสรรคต่อการรักษา[6] ซึ่งภาวะดังกล่าวสามารถป้องกันได้ทั้งวิธีการใช้ยาซึ่งเป็นวิธีการรักษาตามมาตรฐาน[7] และวิธีการไม่ใช้ยา เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำขิง การนวดกดจุด การฝังเข็ม และการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งสามารถใช้ร่วมกับยาต้านอาเจียนตามมาตรฐานในการควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนได้[8] หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามภาวะโภชนาการตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยและตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้[9]

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ยาเคมีบำบัดดังกล่าวออกฤทธิ์ต่อเซลล์เยื่อบุในระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหาร การย่อยและการดูดซึมของสารอาหารผิดปกติ[9] ความอยากอาหารลดลง เกิดภาวะปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายเหนียว การรับรสผิดปกติ นอกจากนี้ยังเกิดจากความผิดปกติในระบบการเผาผลาญเนื่องจากมะเร็งมีการหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokine) และฮอร์โมนที่ทำให้เกิดการอักเสบและกระตุ้นกระบวนการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย ทำให้มีการสลายตัวของกล้ามเนื้อร่างกายจึงต้องดึงเอาโปรตีนและไขมันมาใช้เป็นพลังงานมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะโปรตีนต่ำ และน้ำหนักลด[10] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ เช่น อายุ ระยะของโรค การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และภาวะโลหิตจาง[11] หากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน และผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและส่งผลต่อความพร้อมในการให้ยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไป ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจต้องยุติการรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีตั้งแต่ก่อนได้รับการรักษาไปจนถึงเสร็จสิ้นการรักษา เป็นการเตรียมร่างกายของผู้ป่วยให้พร้อมต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพและช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

สมาธิบำบัดเอสเคที เป็นศาสตร์การแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) ที่คิดค้นโดย รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี เน้นการรักษาแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้แนวคิดประสานกาย-จิต (mind-body connection) ในการเชื่อมโยงร่างกายและจิตใจเข้าด้วยกัน โดยการกำหนดลมหายใจเข้าออก เพื่อส่งเสริมให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานเป็นปกติ ร่างกายและจิตใจได้รับการผ่อนคลาย ช่วยลดความรุนแรงของโรค และช่วยเยียวยาการเจ็บป่วย[12] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำสมาธิบำบัดเอสเคที มาใช้ในการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับการรักษาตามปกติอย่างแพร่หลาย และพบว่าโปรแกรมพยาบาลผสมผสานสมาธิบำบัดเอสเคที 1 และ 7 วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้[13] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการฝึกการหายใจและการผ่อนคลาย หลังได้รับยาเคมีบำบัด สามารถลดความถี่ ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการข้อน รวมถึงการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด[14,15] โดยเมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลายจะทำให้เพิ่มการหลั่งของเอนดอร์ฟินในร่างกาย ซึ่งจะไปยับยั้งการกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ศูนย์ควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน และช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทเวกัสในช่องท้อง ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้และกรดในกระเพาะอาหาร จึงช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้[14] ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสามารถมารับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล และหลังจากการให้ยาเสร็จสิ้นก็สามารถกลับบ้านได้ เพิ่มความสะดวกในการรักษา ผู้ป่วยควรมีความรู้ ความเข้าใจและมีแผนการดูแลสุขภาพหลังรับยาเพื่อรับมือกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย บรรเทาภาวะคลื่นไส้อาเจียน

จากยาเคมีบำบัด และลดความวิตกกังวลได้

การจัดการตนเอง (self-management) ในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การติดตาม เฝ้าระวังและจัดการกับอาการแสดงของการเจ็บป่วย การจัดการกับผลกระทบจากความเจ็บป่วย อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา[16] Creer[17] ให้หลักการของการจัดการตนเอง ไว้ว่า การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นและกำลังอยู่ในระหว่างการรักษา ในส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าลดลง[18] นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการผสมผสานระหว่างการให้ความรู้หรือคำปรึกษาร่วมกับการใช้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือก จะช่วยส่งเสริมหน้าที่การทำงานของร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในผู้ใหญ่[19]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโปรแกรมส่วนใหญ่เน้นการจัดการทางด้านร่างกายหรือจิตใจเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง ขณะที่บางการศึกษามีการจัดการทั้งสองด้านแต่ยังไม่เจาะจงกับปัญหาภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม และมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และอยู่โรงพยาบาลเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ต้องเผชิญกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญและต้องการที่จะศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยประยุกต์รูปแบบการจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ Creer[17] ร่วมกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางและทำการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามแบบจำลองของไอโอวา (The IOWA model of evidence-based practice to promote quality care)

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีองค์ประกอบอะไรบ้างและมีคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาอย่างไร

2. พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีไปใช้ควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ต่อการนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีไปใช้ควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคที เพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมครั้งนี้ได้พัฒนาตามรูปแบบการพัฒนาตามแบบจำลองของไอโอวา (The IOWA model of evidence-based practice to promote quality care) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ (1) ระยะพัฒนาโปรแกรม และ (2) ระยะประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ร่วมกับการนำแนวคิดการจัดการตนเองตามแนวคิดหลักของ Creer[17] และแนวคิดการประสานกาย-จิต[12] มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม โดยการประยุกต์ใช้การจัดการตนเองในด้านโภชนาการควบคู่กับการทำสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งโปรแกรมประกอบ

ด้วย แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม สื่อประกอบการจัดกิจกรรม คู่มือส่งเสริมการจัดการตนเองและสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 ท่าน ประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer[17] ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การกำหนดหรือคัดเลือกจุดมุ่งหมาย (goal selection) (2) การรวบรวมข้อมูล (information collection) (3) การประเมินหรือตีความข้อมูล (information processing and evaluation) (4) การตัดสินใจ (decision making) (5) การปฏิบัติ (action) และ (6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction)

แนวคิดการประสานกาย-จิต (mind-body connection) หรือจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา[12] (psychoneuroimmunology) เป็นการนำความรู้เรื่องระบบประสาทมาเชื่อมโยงกับการฝึกสมาธิ โดยการควบคุมและฝึกระบบประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น การสัมผัสและการเคลื่อนไหว ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิต้านทานในร่างกาย และระบบไหลเวียนเลือด ส่งผลให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจที่ทำงานผสานกัน โดยรูปแบบการฝึกสมาธิบำบัดเอสเคที 1 และ 7[12] ได้ถูกนำมาใช้บูรณาการในโปรแกรมให้สอดคล้องกับกระบวนการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ โดยใช้ระยะเวลาในแต่ละระยะเป็นเวลา 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ตามข้อมูลที่ได้รับและความอิ่มตัวจากการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดไม่น้อยกว่า 5 ปี

2. ไม่มีความบกพร่องในการรับรู้ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัสรับรองเลขที่ PSU IRB2024-St-Nur 009 (Internal) ช่วงเวลาที่รับรอง 17 เมษายน 2567-17 เมษายน 2569) ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ดำเนินการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากการปฏิบัติงาน และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงานและจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรม โดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย ด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พบบ่อยและผลกระทบต่อการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และปัญหาที่ต้องการให้ได้รับการแก้ไข รวมถึงแนวทางการจัดการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด และนำข้อมูลที่ค้นพบมาใช้ในการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาโปรแกรมต่อไป

2. ทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมงานวิจัยโดย

ใช้แนวคิดของพิโค (PICO framework) กำหนดคำสำคัญทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษในการสืบค้น ดังนี้ P: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, breast cancer patients; I: การจัดการตนเองด้านโภชนาการ สมาธิบำบัดเอสเคที Nutritional Self-management, SKT meditation; C: การจัดการตนเอง self-management; O: การควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด chemotherapy-induced nausea and vomiting และกำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Google Scholar, ScienceDirect, ThaiLIS และ ThaiJO และการสืบค้นจากตำรา หนังสือ วารสาร บทความต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีการสืบค้นในช่วงปี 2013 จนถึงปี 2024

3. วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินการสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพและการจัดระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามสถาบันโจแอนนาบริกส์[20] หลังจากนั้นนำผลการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน 2) สมาธิบำบัดเอสเคที 1 และ 7 และ 3) การดูแลด้านโภชนาการ

4. ประเมินคุณภาพของโปรแกรม ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ชำนาญการด้านโรคมะเร็งเต้านมและเคมีบำบัด อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการด้านสมาธิบำบัดเอสเคที และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยใช้แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของโปรแกรม การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความชัดเจน โดยมีการรวบรวมข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้ววิเคราะห์ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา จากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป

ระยะที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้

โดยนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม สื่อประกอบการจัดกิจกรรม คู่มือส่งเสริมการจัดการตนเองและสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคที เพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 ท่าน ประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ในด้านความยากง่ายและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม โดยมีประเด็นสำคัญได้แก่ ปัญหาจากการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลกระทบต่อการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และแนวทางการจัดการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคที เพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ราย ประกอบด้วย แพทย์ผู้ชำนาญการด้านโรคมะเร็งเต้านมและเคมีบำบัด อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการด้านสมาธิบำบัดเอสเคที และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้ค่า CVI = 1 โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนร่วมกับการทำสมาธิบำบัดเอสเคที 2) การสนับสนุนให้ตั้งเป้าหมายในการควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียน 3) การเฝ้าระวังและสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้อาเจียนและประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง 4) การฝึกตัดสินใจ

อย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน 5) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 6) การติดตามประเมินผล และ 7) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในด้านความยากง่ายและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เลือกตอบระดับความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยมีระดับคะแนน 1-5 มีการแปลผลคะแนนความคิดเห็นโดยใช้คะแนนรวมและแบ่งระดับอันตรภาคชั้น ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 5 ระดับ คำนวณข้อมูลโดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนชั้น มีการแปลผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ควรปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พอใช้
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ดี
คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ดีมาก

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลแบบวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงวิธีการแก้ไขและการจัดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพรายที่ 10 แล้วไม่พบข้อมูลใหม่

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม

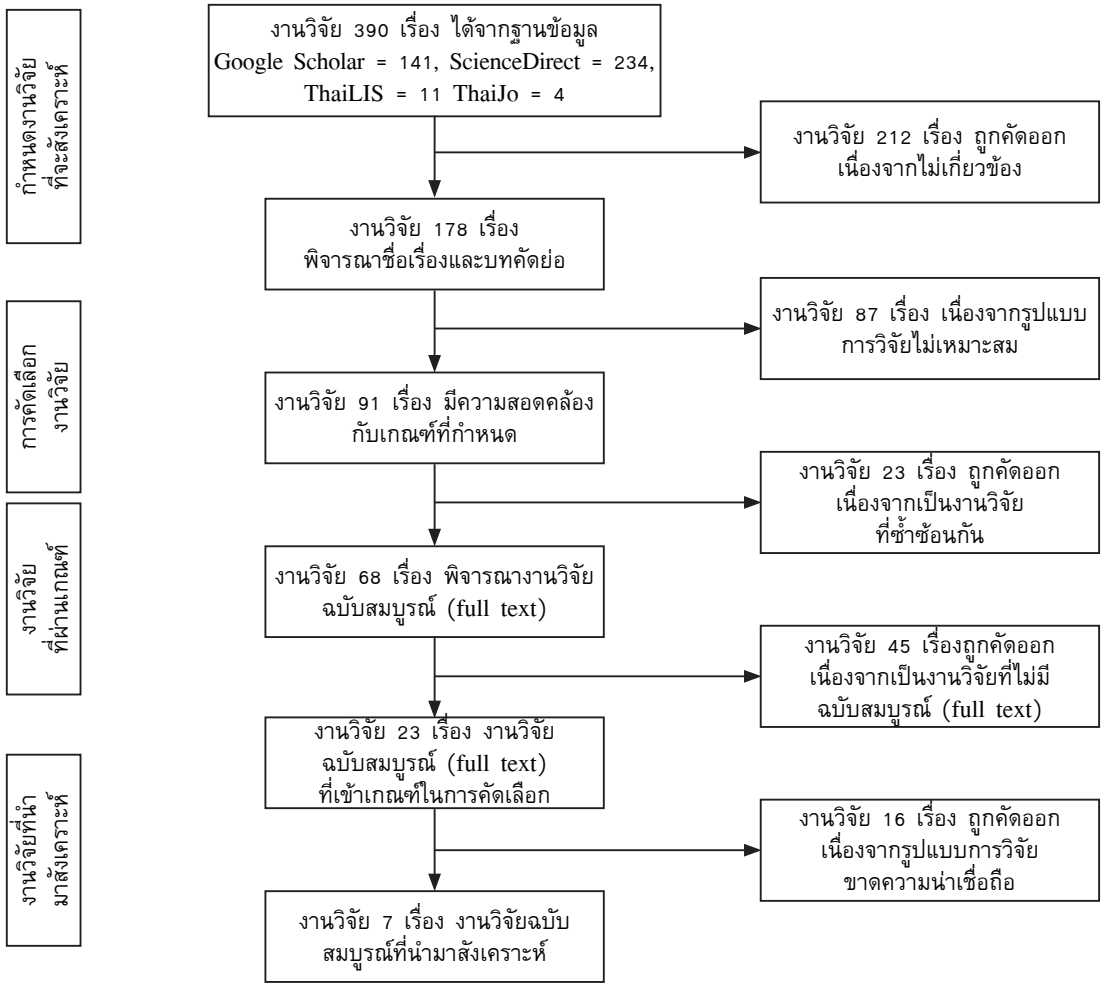
1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากการปฏิบัติงาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างไม่เป็นทางการจำนวน 10 ราย ซึ่งทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยให้ยาเคมีบำบัด พบประเด็นปัญหาสำคัญคือ ผู้ป่วยมีภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดที่ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลส่วนใหญ่ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหา ขาดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาให้ยาเคมีบำบัดเป็นผู้ป่วยนอกโดยอยู่โรงพยาบาลเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ จึงไม่ได้มีการกระตุ้นเตือนหรือติดตามจากพยาบาลว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดและจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ อย่างไร รวมถึงเมื่อเกิดปัญหาขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน ยังขาดแนวทางการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงที่สามารถปฏิบัติเองได้ที่บ้าน และแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และการได้รับการติดตามและให้คำปรึกษาจากพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาขึ้นอย่างใกล้ชิด

ทั้งนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมักมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ อาการคลื่นไส้อาเจียน โดยพบภาวะคลื่นไส้และอาเจียนได้ถึงร้อยละ 63 และร้อยละ 25.40 ตามลำดับ[5] นอกจากนี้ยังมีการรับรสเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง[21] อาการข้างเคียงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางจิตใจ ต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล และเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้อาเจียน เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจากการรักษา[22] ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์จากอาการคลื่นไส้อาเจียนจะเกิดความกลัวการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป และมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต กลัวตาย มีปัญหาในการนอนหลับ กังวลเกี่ยวกับการได้รับยาเคมีบำบัด กลัวไม่หายจากโรค[23]

2. ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ทำโดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งพบว่า มักพบปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสเปลี่ยนแปลง ปากแห้ง เจ็บปาก และมีแผลในช่องปาก ท้องผูกหรือท้องเสีย และน้ำหนักลด โดยปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดคือภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาการดังกล่าวมีความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทำให้ต้องเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดออกไป ไม่ได้รับยา

ตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยที่มีภาวะคลื่นไส้อาเจียนมาก ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ท้อแท้ และ สิ้นหวัง ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในครั้งต่อไป ทั้งนี้จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ 8 ใน 10 ราย ให้ความคิดเห็นว่าภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดเป็นอาการที่พบบ่อย และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมค่อนข้างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเปรียบเทียบกับผลข้างเคียงอื่น จึงสรุปให้นำปัญหาเรื่องภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดไปพัฒนาต่อ เพื่อบรรเทาภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตามปกติ

3. ผลการทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมงานวิจัย โดยใช้แนวคิดของพิโค (PICO framework) จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 7 เรื่อง ที่ผ่านตามหลักเกณฑ์ และได้ทำการคัดเลือกหลักฐานระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง[6,14] ระดับ 2 จำนวน 5 เรื่อง[13,15,24-26] ซึ่งมีระดับคำแนะนำในการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์เกรด A 1 เรื่อง และ เกรด B 6 เรื่อง โดยกระบวนการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการกำหนดคำสำคัญทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษในการสืบค้น ดังนี้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, breast cancer patients, การจัดการตนเองด้านโภชนาการ, สมาธิบำบัดเอสเคที, nutritional self-management, SKT meditation, การจัดการตนเอง, self-management, การควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด, chemotherapy-induced nausea and vomiting และมีเกณฑ์ในการคัดออก คือ เป็นงานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้อง ซ้ำซ้อน มีรูปแบบการวิจัยไม่เหมาะสม ขาดความน่าเชื่อถือ และเป็นงานวิจัยที่ไม่มีฉบับสมบูรณ์ (full text) ดังรายละเอียดตาม ภาพ 1



ภาพ 1 PRISMA flow diagram

4. ผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินการสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพและการจัดระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามสถาบันโจแอนนาบริกส์[20] พบว่า การควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (chemotherapy-induced nausea and vomiting) ในปัจจุบันมีทั้งวิธีการใช้ยาต้านอาเจียนตามมาตรฐาน และการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacologic therapy) ซึ่งวิธีการควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพคือการใช้การรักษาแบบผสมผสาน[21,27] ผลจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ได้นำมาพัฒนาโปรแกรมดังนี้

4.1 การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด สามารถลดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลก่อนเริ่มให้ยาเคมีบำบัดเป็นเวลา 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง ร่วมกับการให้แผ่นพับความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการบรรเทาภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด ซึ่งอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน คือ โปรตีน 1.2-1.5 g/kg/day พลังงานจากไขมันร้อยละ 30 และพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 รวมถึงการบริโภคอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่ให้เพิ่มจำนวนมื้ออาหารให้มากขึ้น ลักษณะอาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย อาหารเหลวใสเย็น หรืออาหารที่อยู่ในอุณหภูมิห้อง เช่น น้ำขิง หรือน้ำผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง อาหารรสจัด อาหารที่มีรสหวานมาก และอาหารทอด สามารถอมน้ำแข็งหรืออมลูกอมเพื่อบรรเทาการรับรสที่ผิดปกติได้ ก่อนและหลังบริโภคอาหารควรดูแลช่องปากให้สะอาด และหลังบริโภคอาหารทุกมื้อควรนั่งหรือนอนในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 1 ชั่วโมง[6]

4.2 การฝึกสมาธิบำบัดเอสเคที 1 และ 7 วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีการติดตามทางโทรศัพท์ วันที่ 1, 2, 3 ในสัปดาห์แรก และในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 1 วัน ก่อนวันนัดครั้งถัดไปจนครบ 6 สัปดาห์ สามารถบรรเทาความวิตกกังวล ความรุนแรงและทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้[13] และพบว่าการฝึกการหายใจและการผ่อนคลาย 1 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 15-20 นาที ในวันที่ 1-6 หลังได้รับยาเคมีบำบัด ช่วยลดความถี่ ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนและขย้อน และส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้[14]

4.3 การฝึกทักษะและสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ภายหลังการสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น บรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษาได้ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร มีแผลในช่องปาก และอาการเหนื่อยล้า[24]

4.4 การส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ โดยการส่งเสริมการจัดการตนเองใน 5 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย 2) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 3) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 4) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสมและ 5) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ หลังจากนั้นติดตามผู้ป่วยที่บ้านทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 2-4 และประเมินอาการเหนื่อยล้าในสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งวิธีการดังกล่าวพบว่าสามารถลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้[25]

4.5 การฝึกทักษะการจัดการตนเองเป็นรายบุคคลโดยมีกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ คือ 1) การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หรือการจัดการเวลาและวิธีการรับประทานอาหารให้เหมาะสม 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งประโยชน์ 4) การเป็นหุ้นส่วนกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วย[26] ช่วยส่งเสริมการจัดการตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

4.6 การฝึกการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อกระบังลม ด้วยเทคนิคการหายใจเข้าลึกและช้าในท่าศีรษะสูง มือข้างหนึ่งวางบนหน้าอกและอีกข้างหนึ่งวางบริเวณหน้าท้อง โดยหายใจเข้าและออกทางจมูกเป็นเวลาประมาณ 6 วินาที โดยฝึกการหายใจครั้งละ 5 นาที 2 ครั้งต่อวัน เป็นเวลาทั้งสิ้น 6 วัน หลังได้รับยาเคมีบำบัด สามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้[15]

โดยสรุปโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน 5 ขั้นตอน ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ทั้งแบบรายกลุ่ม และรายบุคคล 2) การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดเอสเคที 1 “นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต” โดยปฏิบัติวันละ 3 รอบ ช่วงเวลา เช้า เที่ยง และเย็น ก่อนหรือหลังบริโภคอาหารอย่างน้อย 30 นาที และสมาธิบำบัดเอสเคที 7 “การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทชิกง” ปฏิบัติวันละ 1 รอบ ช่วงเวลาก่อนนอน และ 3) การดูแลด้านโภชนาการ โดยการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการเป็นรายบุคคล เป็นการให้ความรู้ ด้านโภชนาการร่วมกับการให้แผ่นพับเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อลดความรุนแรงของภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด และการจัดการกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด องค์ประกอบของโปรแกรมเน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองในด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถจัดการตนเองได้ ลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเน้นการจัดการตนเองในด้านโภชนาการเป็นการให้ความรู้ด้านโภชนาการเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อลดความรุนแรงของภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดร่วมกับการทำสมาธิบำบัดเอสเคที 1 และ 7 ซึ่งเป็นแนวคิดการประสานกาย-จิต (mind-body connection) อาศัยกลไกของการบำบัดรักษาโรคด้วยการทำงานของสมองและระบบประสาท ทั้งจากการหลั่งสาร สื่อประสาทต่าง ๆ ร่วมกับการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ และระบบประสาทอัตโนมัติ ช่วยกระตุ้นการหลั่งสารเมลาโทนิน (Melatonin) ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ทำให้จิตใจผ่อนคลาย ส่งเสริมการจัดการตนเองในด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับการทำสมาธิบำบัดเอสเคที 1 และ 7 เพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2) การสนับสนุนให้ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงในการควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกและเหมาะสมกับตนเอง 3) การเฝ้าระวังและสังเกตตนเองเกี่ยวกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้น และการประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง 4) การฝึกตัดสินใจ บนพื้นฐานของข้อมูลภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดและความเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียน 5) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ 6) การติดตามประเมินผลภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด และ 7) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถจัดการตนเองได้ ลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรม ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้ชำนาญการด้านโรคมะเร็งเต้านมและเคมีบำบัด อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการด้านสมาธิบำบัดเอสเคที และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) = 1

ระยะที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคที เพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 ท่าน ประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพและ 2) ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย โดยพยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 43.40 ปี เกือบทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10	100
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	9	90
สูงกว่าปริญญาตรี	1	10
อายุ (ปี) (Min = 32, Max = 53, M = 43.4, SD = 9.10)		
30-40	4	40
41-50	4	40
51-60	2	20
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	4	40
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	6	60
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (ปี)		
> 5-10	2	20
> 10-15	3	30
> 20	5	50

2. ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้

ในการประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ โดยการประเมิน ความยากง่าย และความเหมาะสมของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมจากขั้นตอนและกิจกรรมของโปรแกรม ผลการวิจัย พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างประเมินว่า โปรแกรมมีความง่ายและเหมาะสมในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด (M = 4.87, SD = .15) เมื่อพิจารณาการประเมินความเป็นไปได้ในรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย 2) ด้านการสนับสนุนให้ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและฝึกตัดสินใจ 3) ด้านการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนและการติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรม และ 4) การติดตามประเมินผล พบว่า โปรแกรมมีความง่ายและเหมาะสมในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด (M = 4.97, 4.60, 4.80, 4.90) และ (SD = .06, .52, .63 และ .14 ตามลำดับ) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเป็นไปได้ในด้านความยากง่ายและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม (N = 10)

ความเป็นไปได้ของกิจกรรม	M	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย	4.97	.06	มากที่สุด
ด้านการสนับสนุนให้ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและการฝึกตัดสินใจ	4.60	.52	มากที่สุด
ด้านการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองและกระตุ้นการปฏิบัติ	4.80	.63	มากที่สุด
ด้านการติดตามประเมินผล	4.90	.14	มากที่สุด
ภาพรวม	4.87	.15	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงการกระบวนการพัฒนาและการประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้ ที่มีความถูกต้อง ตรงตามเนื้อหาและมีความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังกล่าว ได้ดังนี้

1. องค์ประกอบของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ซึ่งได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ คือ การจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer[17] ซึ่งเป็นกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อมุ่งจัดการและควบคุมกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้โดยการจัดการตนเอง เน้นการจัดการตนเองในด้านโภชนาการ เป็นการให้ความรู้ด้านโภชนาการเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อลดความรุนแรงของภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด โดยการสอน ชี้แนะ และให้ข้อมูลด้านโภชนาการและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถจัดการตนเองได้ ลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้โปรแกรมยังเน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองในด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กัน โดยสมาธิบำบัดเอสเคที 1 และ 7 ซึ่งเป็นแนวคิดการประสานกาย-จิต[12] โดยอาศัยกลไกของการบำบัดรักษาโรคด้วยการทำงานของสมองและระบบประสาท ทั้งจากการหลั่งสารสื่อประสาทต่าง ๆ ร่วมกับการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ และช่วยกระตุ้นการหลั่งสารเมลาโทนิน (melatonin) ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย ช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงให้ข้อคิดเห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนและรูปแบบที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ส่วนใหญ่มารับยาเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำกระบวนการจัดการตนเองไปใช้ที่บ้านเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดได้

2. ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรม โปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ซึ่งสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาที่สอดคล้องกับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมอย่างมีระบบ ตามกรอบแนวคิดของไอโอวา (The IOWA model) และการสืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือในระดับ 1 และ 2 เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือในระดับสูง และใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพและการจัดระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามสถาบันโจแอนนาบริกส์[20] ร่วมกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองตามแนวคิดหลักของ Creer[17] และแนวคิดการประสานกาย-จิต[12]

3. ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ โปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ผ่านการตรวจสอบความเป็นไปได้ในด้านความยากง่ายและความเหมาะสมของการนำโปรแกรมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 ท่าน พบว่า โปรแกรมมีความง่ายและเหมาะสมในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เพราะโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีขั้นตอนและรูปแบบที่ชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ ออกแบบด้วยขั้นตอนที่แบ่งอย่างเป็นระบบ เช่น การเตรียมตัวก่อนการบำบัด การเลือกอาหารที่เหมาะสม การฝึกสมาธิบำบัดเอสเคที และการติดตามผล ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย เช่น การระบุวิธีการเลือกอาหารที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน พร้อมแนวทางการปฏิบัติก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยคำนึงถึงความสามารถของผู้ป่วยมะเร็ง

เต้านมที่ต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากการรักษา ทำให้เนื้อหามีความกระชับ เข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่ไม่ซับซ้อน มีสื่อประกอบกิจกรรมที่ชัดเจน และการฝึกสมาธิบำบัดเอสเคที ซึ่งมีขั้นตอนที่ง่ายต่อการปฏิบัติ เช่น การหายใจช้า ๆ และการกำหนดลมหายใจ สามารถทำได้ด้วยตนเอง และไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้มีระยะเวลาที่จำกัด เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในด้านความยากง่ายและความเหมาะสมของการนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้ ยังไม่ได้มีการทดลองใช้และติดตามประเมินผลเกี่ยวกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สรุป

โปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พัฒนาขึ้น มีจุดเด่น คือ การนำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับขั้นตอนการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของไอโอวา (The IOWA model) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาโปรแกรมที่มีรูปแบบการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และบูรณาการกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มุ่งเน้นการควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนผ่านการประสานร่างกายและจิตใจควบคู่กัน ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมได้รับการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปประเมินความเป็นไปได้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้โปรแกรม ซึ่งได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยพบว่าโปรแกรมมีขั้นตอนและรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้จริง เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ได้รับคำปรึกษาและการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถจัดการกับภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมควรได้รับการฝึกอบรมก่อนนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถใช้งานโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการร่วมกับสมาธิบำบัดเอสเคทีเพื่อควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพและยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัยและการเขียนบทความวิจัยรวมทั้งร่วมกันปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คุณกมลรัตน์ ดินกามิน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้อนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรม รวมถึงขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry [Internet]. Bangkok: Medical Digital Division; 2024 [cited 2024 Jun 13]. Available from: http://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
2. Strategy and Planning Division. Public health statistics [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022 [cited

2023 Dec 14]. Available from: https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf

3. Imsamran W, Chaiweerawatana A, Manorom D, et al. Breast cancer screening and diagnosis guideline. 1 st ed. Bangkok: Khosit; 2017. Thai.
4. Phligbua W, Pongthavornkamol K, Knobf TM, et al. Symptom clusters and quality of life in women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. PRIJNR. 2013; 17(3): 249-67.
5. Laurentiis MD, Bonfadini C, Lorusso V, et al. Incidence of nausea and vomiting in breast cancer patients treated with anthracycline plus cyclophosphamide-based chemotherapy regimens in Italy: NAVY observational study. Support Care Cancer. 2018; 26: 4021–29. doi: 10.1007/s00520-018-4259-1.
6. Najafi S, Haghighat S, Raji LM, et al. Randomized study of effect of dietary counselling during adjuvant chemotherapy on chemotherapy induced nausea and vomiting, and quality of life in patients with breast cancer. Nutr Cancer. 2019; 71(4): 575-84. doi: 10.1080/01635581.2018.1527375.
7. Chanthawong S. Prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting. Srinagarind Med J. 2019; 34(1): 115-26. Thai.
8. Lyman GH, Greenlee H, Bohlke K, et al. Integrative therapies during and after breast cancer treatment: ASCO endorsement of the SIO clinical practice guideline. J Clin Oncol. 2018; 36(25): 2647-55. doi: 10.1200/JCO.2018.79.2721.
9. Rungruang C. and Siritientong T. Phligbua W, et al. Effects of Chemotherapy on Nutrition in Cancer Patients. PRIJN2019; 27(2): 57-66. Thai.
10. Suwittawat C. Nutritional Status Assessment of Cancer Patients. Srinagarind Med J. 2020; 35(5): 632-38. Thai.
11. Techonimit J, Areepium N, Siritientong T, et al. Nutritional Status in Breast Cancer and Colorectal Cancer Patients before Undergoing Chemotherapy. Thai Cancer J. 2018; 38: 1-10.
12. Triamchaisri SK, Meditation for health remedies. 15 th ed. Bangkok: V. Indy design; 2018. Thai.
13. Praiin S. The effect of nursing care program integrating SKT 1 and 7 meditation on anxiety, nausea and vomiting in lung cancer patients receiving chemotherapy [master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2023. 235 p.
14. Aybar DO, Kılıc, SP, Çınkır HY. The effect of breathing exercise on nausea, vomiting and functional status in breast cancer patients undergoing chemotherapy. Complement Ther Clin Pract. 2020; 40: 1-9. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101213.
15. Nelwati N, Noviyani D. The effect of diaphragmatic breathing on nausea, vomiting and functional status among breast cancer patients undergoing chemotherapy. Eur J Oncol Nurs. 2024; 70: 1-6. doi: 10.1016/j.ejon.2024.102548.
16. Gruman J, VonKorff M. Self-management services: Their role in disease management. In: Levine M, editor. Patient-centered healthcare. New York: Adis International; 2000.
17. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Bockaert M, Pintrich OR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego; CA: Academic Press; 2000.
18. Pongsubkaroon D, Tongpeth J. The Development of a self-management program for fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy at the chemotherapy unit of Hua-Hin Hospital, Prachuap Khiri Khan Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2023; 3(2): 48-59. Thai.
19. Reis D, Throne T, Keller J, et al. Cancer-related fatigue: A pilot study evaluating the effect of frankincense essential oil in patients with cancer receiving chemotherapy. Cancer Nurs. 2022; 43(3): 207-16. doi:10.1097/NCC.0000000000000986.
20. The Joanna Briggs Institute. JBI level of evidence [Internet]. 2014 [cited 2024 Feb 10]. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
21. Hemtanon P, Matchim Y, Waeowannachit A. Experience of eating problems in breast cancer patients receiving chemotherapy. Songklanagarind J Nurs. 2017; 37(1): 53-62. Thai.
22. Suriyunt S, Deoisres W, Chaimongkol N. Factors influencing quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy: A causal model. JNH. 2015; 33(4): 131-40. Thai.
23. Thasaneesuwan S. Principles of nursing for cancer patients. In: Nilmanat K, Vachprasit R, editors. Nursing care for adult and elderly patients 1. 1 st ed. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; 2016. Thai.
24. Honchai T, Soivong P, Lukkahatai N. Effects of self-management support on self-management behaviors and symptom distress among breast cancer patients receiving chemotherapy. Nursing

Journal CMU. 2013; 40: 14-22. Thai.

25. Kuakarn J, Isaramalai S, Baltip Q. Impacts of a self-management programme for nutritional enhancement on the fatigue conditions of cancer patients undergoing radiotherapy. JTNMC. 2015; 30(2): 21-32. Thai.

26. Soivong P, Sawasdisingha P, Tanvattanagul C, et al. Efficacy of a self-management programme in breast cancer patients. JTNMC. 2017; 32(4): 5-18. Thai.

27. Samami E, Shahhosseini Z, Hamzehgardeshi Z, et al. Psychological interventions in chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer. Iran J Med Sci. 2022; 47(2): 95-106. doi: 10.30476/ijms.2020.86657.1660.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Effects of a Discharge Planning with Mobile Health-based Continuity of Care Program on Self-care Behaviors, and Rehospitalization in Patients with Heart Failure

กษมพร สุวรรณชาตรี[1] *วศินี สมศิริ*[2*]

Kasamaporn Suwanchatree[1] *Vasinee Somsiri*[2*]

[1]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา*

[1]*Registered Nurse, Senior Professional Level, Hat Yai Hospital, Songkhla, Thailand.*

[2]*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*

[2]*Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*

**ผู้รับผิดชอบหลัก: vasinee.s@psu.ac.th*

**Corresponding author: vasinee.s@psu.ac.th*

Received 2 January 2025 • Revised 21 January 2025 • Accepted 30 April 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* ***วิธีการศึกษา:*** *การวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 103 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 52 ราย และกลุ่มทดลอง 51 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติโดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายและส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้แก่หน่วยเยี่ยมบ้าน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาลและติดตามภาวะสุขภาพที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อพบอาการผิดปกติ พยาบาลให้คำแนะนำในการจัดการอาการเบื้องต้นผ่านทางแอปพลิเคชันหรือโทรศัพท์ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองฉบับแปลภาษาไทย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 และแบบประเมินการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทีอิสระและสถิติไคสแควร์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05* ***ผลการศึกษา:*** *พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.197$, $p < .01$) และการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ($\chi^2 = 6.918$, $p < .01$) และภายใน 12 สัปดาห์ ($\chi^2 = 9.215$, $p < .01$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ* ***สรุป:*** *โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว; การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; การดูแลต่อเนื่อง; สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน

Abstract

Objective: *To examine the effects of discharge planning with a mobile health-based continuity of care program (DP-MHCOCP) on self-care behaviors and rehospitalization in heart failure (HF) patients.* ***Methods:*** *A quasi-experimental design was employed. The 103 HF patients were randomly assigned to either the control group (52 participants) or the experimental group (51 participants). The control group received routine discharge advice regarding self-care and had their health information forwarded to home visit services. The experimental group received the DP-MHCOCP for 12 weeks, which consisted of discharge planning during hospitalization and weekly self-monitoring of health status at home, with the data submitted to the nurse. The nurse communicated with the HF patients when their health risks arose to provide proper symptom management through the mobile app. and telephone calls. The content validity index of the DP-MHCOCP was .98. Data were collected using (1) the Thai version of the self-care behavior questionnaire for HF patients (with a reliability of .80) and (2) a hospital readmission record form (with a content validity index of 1). The data were analyzed using independent t-tests and chi-square analyses with a significance level of .05 to examine differences between groups.* ***Results:*** *The mean self-care behavior score in the DP-MHCOCP group was significantly higher than that of the control group ($t = -22.197$, $p < .01$). Furthermore, the DP-MHCOCP group exhibited significantly lower hospital readmission rates at both 28 days ($\chi^2 = 6.918$, $p < .01$) and 12 weeks ($\chi^2 = 9.215$, $p < .01$) than the control group.* ***Conclusion:*** *The DP-MHCOCP could help enhance self-care behavior and reduce the number of rehospitalizations in patients with heart failure.*

Keywords: heart failure; rehospitalization; self-care behaviors; continuity of care; mobile application

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่รุนแรงซึ่งมีผลกระทบต่ออัตราการตายและการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในหลายประเทศทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาและประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีรายงานว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังการวินิจฉัย จำนวนการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน และ 90 วัน คิดเป็นร้อยละ 23 และ 21 ตามลำดับ[1-3] สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ11[4] สาเหตุหลักของการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการอาการผิดปกติ และการควบคุมอาการของโรคร่วม[3-4]

พฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ดำรงอยู่กับความเจ็บป่วยโดยไม่เกิดการกำเริบของโรค รวมทั้งการเฝ้าสังเกตภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและจัดการกับอาการเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม[5] การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ ทั้งในด้านการออกกำลังกายหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การควบคุมน้ำหนัก การบริโภคอาหาร และการจัดการอาการเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค[4,6,7] โดยปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองที่สำคัญ ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย แรงจูงใจ และความยากลำบากในการเดินทางมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ[6,7] ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[3,4,6,7]

การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุการมีภาวะน้ำท่วมปอดหรือภาวะน้ำเกินในร่างกาย ซึ่งอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล[6,8,9] ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวมตามอวัยะส่วนปลาย น้ำหนักเพิ่ม ปัสสาวะลดลง ไอบ่อย เวียนศีรษะ เป็นต้น และสาเหตุนำที่ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินหรือน้ำท่วมปอด ได้แก่ การรับประทานอาหารโซเดียมสูง การไม่จำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยาขับปัสสาวะไม่สม่ำเสมอ การขาดการติดตามอาการผิดปกติด้วยตนเอง การไม่ควบคุมโรคร่วมโดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง รวมทั้งการจัดการอาการเบื้องต้นไม่เหมาะสม[9-11]

การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็นกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) เมื่อกลับบ้าน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างผู้ป่วยและญาติ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ โดยองค์ประกอบหลักของการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ความร่วมมือในการดูแลระหว่างผู้ป่วยและญาติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การสอนหรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนด้วยวิธีการติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน หรือการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพทางไกล (telehealth)[9,12,13] ปัจจุบันพบว่า มีการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพทางไกลผ่านแอปพลิเคชันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถลดข้อจำกัดด้านภาระงานของพยาบาลผู้ดูแล เวลา และความยากลำบากในการเดินทางเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่น ๆ รวมทั้งเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังอาการตนเอง เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอาการตนเอง เป็นต้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชัน สิ่งเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดการกำเริบของโรคและการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลมากยิ่งขึ้น[9,12-14]

สำหรับประเทศไทย พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและประสานงานหลักในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมทั้งมีการติดตามดูแลต่อเนื่องด้วยวิธีการประเมินอาการทางโทรศัพท์หรือประสานงานเจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน อย่างไรก็ตาม การดูแลด้วยวิธีดังกล่าวยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากการขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรทางสุขภาพในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีรายได้น้อย ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพร่วมกับการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองในระดับต่ำ ดังนั้น เมื่อเริ่มมีความผิดปกติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยจัดการอาการด้วยตนเองไม่เหมาะสม[9,15] อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งการดูแลสุขภาพทางไกลผ่านทางแอปพลิเคชันในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[8,9]

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในและต่างประเทศ พบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย การดูแลระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการอาการเบื้องต้น สำหรับวิธีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ และการติดตามดูแลผ่านแอปพลิเคชัน ผลลัพธ์ที่ศึกษาภายหลังจากการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ไปใช้ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความร่วมมือในการรับประทานยา การจัดการอาการ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิต[9,12-14,16-18] อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือโรคหัวใจอื่น ๆ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล[9] และยังไม่มีรายงานการวิจัยอย่างเป็นทางการที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านตั้งแต่ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลหลักร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านสมาร์ทโฟนหรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ ติดตามการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดการอาการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีจำนวนครั้งการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ศึกษาเปรียบเทียบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

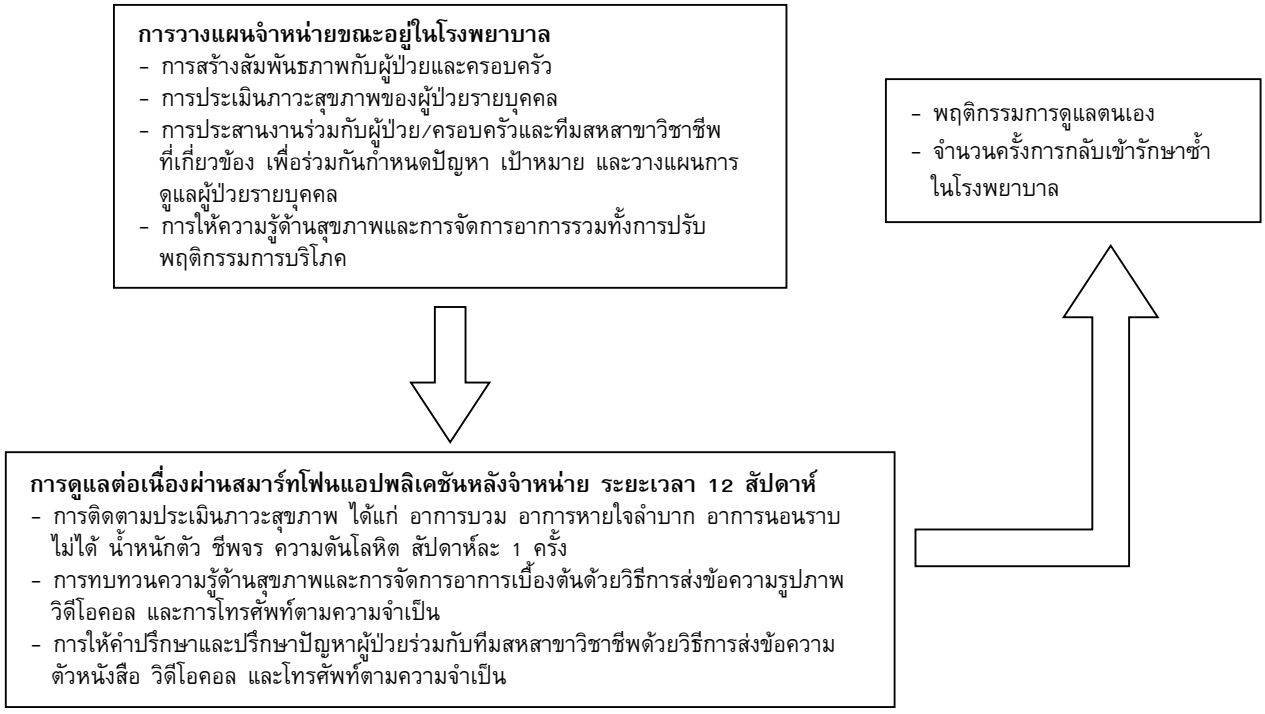
สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีจำนวนครั้งของการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model: TCM) ของ Naylor, et al.[19] และการศึกษาที่ผ่านมา[9] ในการพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีกิจกรรมการดูแล แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวางแผนจำหน่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล กิจกรรมหลัก คือ (1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (2) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคล (3) การประสานงานร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดปัญหา เป้าหมาย และวางแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการอาการเบื้องต้น ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันหลังจำหน่าย กิจกรรมหลัก คือ การติดตามประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ อาการบวม อาการหายใจลำบากขณะออกแรง อาการนอนราบไม่ได้ น้ำหนักตัว ชีพจร ความดันโลหิต การทบทวนความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการอาการเบื้องต้น การให้คำปรึกษาและปรึกษาปัญหาผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามความจำเป็น กิจกรรมการดูแลทั้ง 2 ระยะ ดำเนินการโดยพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิธีการดูแลต่อเนื่องดำเนินการผ่านทางสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันและการติดตามทางโทรศัพท์ ประเมินผลลัพธ์การดูแลจากพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งประเมินจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[20] และจำนวนครั้งการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลประเมินจากแบบประเมินข้อมูลการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและไหลเวียนที่เกิดขึ้นภายใน 28 วัน และ 12 สัปดาห์หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[9] (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ (1) อายุมากกว่า 18 ปี (2) ความรุนแรงของอาการซึ่งจำแนกตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค [New York Heart Association (NYHA) functional class] ระดับ I-III (3) สามารถมองเห็น ได้ยิน สื่อสารภาษาไทย ยืนชั่งน้ำหนักได้ (4) มีสมาร์ทโฟน (smart phone) และส่งข้อมูลผ่านทางแอปพลิเคชันด้วยตนเองหรือมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการส่งข้อมูล และ (5) ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องซึ่งพิจารณาจากคะแนนตามแบบประเมิน Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) มากกว่า 23 คะแนน สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ (1) มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันภายใน 1 เดือน และ (2) มีโรคร่วมรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของโรค เช่น ภาวะไตวายระยะสุดท้าย มะเร็งระยะลุกลาม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.7 โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนทางสถิติ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และคำนวนขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของ Susuthi, et al.[21] เท่ากับ .6 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมเท่ากับ 90 ราย อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย[22] ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เท่ากับ 110 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 55 ราย และกลุ่มควบคุม 55 ราย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ รหัสโครงการ HYH EC 028-66-01 เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2566-13 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจได้โดยอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์จะขอถอนตัวออกจากการวิจัยสามารถดำเนินการได้ทันที การตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติ ข้อมูลที่ได้

จากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับในคอมพิวเตอร์ส่วนตัว และต้องใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูลซึ่งมีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลแต่จะใช้รหัสผู้ป่วยแทน ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกทำลายภายใน 3 ปี หลังจากผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor, et al.[19] และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[9] กิจกรรมในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ มีดังนี้ (1) แนวทางปฏิบัติ (work flow) ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยมีพยาบาลทำหน้าที่หลักในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและหน่วยเยี่ยมบ้านในการให้การดูแลผู้ป่วยตามความสำคัญและเร่งด่วน (2) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วยข้อมูลภาวะสุขภาพ ยาที่ได้รับ ปัญหาและความต้องการการดูแล การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการอาการ และการประสานงานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (3) คู่มือคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับพยาบาล โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยส่งเสริมการกำเริบของโรค การรักษา อาการที่ต้องเฝ้าระวังและการจัดการอาการเบื้องต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ (4) วีดีโอการปฏิบัติตนด้านโภชนาการที่เหมาะสม (เน้นการลดโซเดียม) ที่พัฒนาโดย Thongchom[23] ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันหลังจำหน่ายเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เป็นการติดตามประเมินอาการตามแบบประเมินสัญญาณไฟ 3 สี ของกระทรวงสาธารณสุข[1] สัปดาห์ละ 1 ครั้งและเมื่อมีอาการ การทบทวนความรู้และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองตามคู่มือคำแนะนำฯ รวมทั้งการสื่อสารปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ระหว่างพยาบาลผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นรายบุคคลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา โรคประจำตัว และการใช้ยาต่าง ๆ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลสุขภาพ เช่น ความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนักตัว เป็นต้น

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Suwanno, et al.[20] ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (self-care maintenance) จำนวน 5 ข้อ ทุกข้อมีช่วงคะแนน 1-4 คะแนน ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อการบำบัดรักษาอาการ (self-care management) จำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถาม 4 ข้อ มีช่วงคะแนน 1-4 คะแนน และ 2 ข้อ มีช่วงคะแนน 0-4 คะแนน ส่วนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) จำนวน 4 ข้อ ทุกข้อมีช่วงคะแนน 1-4 คะแนน ข้อคำถามรวม จำนวน 15 ข้อ ทุกข้อมีทิศทางบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 และ 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-60 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับสูง คะแนนน้อย หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับต่ำ

4. แบบประเมินการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (number of rehospitalization questionnaire) สร้างขึ้นโดย Somsiri, et al.[9] เป็นการติดตามบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยไม่ได้มีการนัดหมายล่วงหน้า ในสถานพยาบาลของภาครัฐหรือเอกชน โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาของระบบหัวใจและไหลเวียนซึ่งเกิดขึ้นภายใน 28 วัน และภายใน 12 สัปดาห์ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการปรับตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับประทานยาทำให้มีความเสี่ยงในการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้[3,8,9]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้จัดทำเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับโปรแกรม และเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย คู่มือคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับพยาบาลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลว 1 ท่าน พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยภาพรวม เท่ากับ .98 โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ได้ผ่านการทดลองใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 5 ราย พบว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้ สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นำไปหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย มีค่าเท่ากับ .73 และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง มีค่าเท่ากับ .80 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้[22]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2566

1. หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์โครงการโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้สอบถามความสนใจในการรับฟังรายละเอียดของโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ภายหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง โดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินและใช้ข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาบางส่วนจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามหลังจากผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง (ก่อนการทดลอง) และเก็บข้อมูลซ้ำทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 12 หลังสิ้นสุดการทดลอง

4. การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย ด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามซึ่งผู้ช่วยวิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วยที่บ้านเพื่อสอบถามจำนวนครั้ง ระยะเวลา สถานที่ สาเหตุของการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ในวันที่ 28 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในสัปดาห์ที่ 12 หลังสิ้นสุดการทดลอง

ขั้นตอนการทดลอง

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (subject allocation) โดยผู้วิจัยจัดทำบัญชีรหัส (code) รายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงในแต่ละวัน และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแบบไม่คืนกลับเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสัดส่วน 1:1 และดำเนินการซ้ำสำหรับผู้ป่วยที่รับใหม่ในแต่ละวันจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างรวม กลุ่มละ 55 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ อย่างไรก็ตามในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง จำนวน 4 ราย ไม่สามารถติดต่อได้ตามระยะเวลาที่กำหนดจึงถูกคัดออก ทำให้กลุ่มทดลองเหลือผู้ป่วย จำนวน 51 ราย ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม จำนวน 3 ราย ไม่สามารถติดต่อได้ในระยะเวลาที่กำหนดจึงถูกคัดออกเช่นเดียวกัน ทำให้กลุ่มควบคุมเหลือผู้ป่วย จำนวน 52 ราย ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดอาหารเค็ม การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรลดลง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด และส่งต่อข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยให้แก่หน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

นอกจากนี้ เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง มีส่วนร่วมในการประเมินอาการตนเอง รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและการจัดการอาการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้สอบถามความต้องการการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง หากกลุ่มควบคุมมีความประสงค์ที่จะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา

เพื่อให้การดูแลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยให้การดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผนจำหน่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล (inpatient discharge planning phase) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1-2 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและวางแผนการจำหน่าย โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ

2. ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องตามแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

3. วางแผนการจำหน่วยร่วมกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ พร้อมทั้งบันทึกแผนการดูแลในแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายและการติดตามอาการ

4. สอนหรือให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยส่งเสริมการกำเริบของโรค การเฝ้าระวังอาการและการจัดการอาการเบื้องต้น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค การใช้ยาอย่างถูกวิธี โดยให้คำแนะนำตามคู่มือการสอนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับพยาบาล ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. ประสานงานให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติ เรียนรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกับนักโภชนาการของโรงพยาบาลและทบทวนความรู้ดังกล่าวโดยให้ดูวีดีโอการปฏิบัติตนด้านโภชนาการก่อนจำหน่าย รวมทั้งมอบคู่มือคำแนะนำด้านโภชนาการเพื่อนำไปใช้ในการทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้าน

6. สอน/สาธิตวิธีการประเมินตนเองเกี่ยวกับน้ำหนักตัว การนับชีพจร การวัดความดันโลหิต รวมทั้งการประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวตามแบบประเมินสัญญาณไฟ 3 สี ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อาการบวม อาการเหนื่อยหรือหายใจลำบากขณะออกแรงทำกิจกรรม อาการนอนราบไม่ได้ รวมทั้งการจัดการอาการเบื้องต้น และการรายงานอาการเมื่อมีความผิดปกติให้แก่พยาบาลผู้ดูแล (ผู้วิจัย) ด้วยวิธีการส่งข้อความหรือรูปภาพทางแอปพลิเคชันไลน์หรือโทรศัพท์

7. พยาบาลผู้ดูแล (ผู้วิจัย) บันทึกข้อมูล น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และชีพจรของผู้ป่วยไว้ในข้อความ (note) ส่วนตัวในแอปพลิเคชันไลน์ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบค่าปกติของตนเอง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลดังกล่าวด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

8. พยาบาลผู้ดูแล (ผู้วิจัย) แนะนำผู้ป่วยและญาติ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหรือมีอาการผิดปกติต่าง ๆ สามารถติดต่อพยาบาลผู้ดูแล (ผู้วิจัย) ผ่านช่องทางโทรศัพท์หรือส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน (a mobile health -based continuity of care phase) เป็นการติดตามเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยดำเนินการภายใน 48 ชั่วโมงหลังการจำหน่าย โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้ป่วยประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวตามแบบประเมินสัญญาณไฟ 3 สี ได้แก่ อาการบวม อาการเหนื่อยหรือหายใจลำบากขณะออกแรงทำกิจกรรม อาการนอนราบไม่ได้ น้ำหนักตัว ชีพจรพร้อมด้วยความดันโลหิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และส่งข้อมูลส่วนตัวผ่านแอปพลิเคชันไลน์มายังพยาบาลผู้ดูแล (ผู้วิจัย) ตามแผนการติดตามอาการ

2. พยาบาลผู้ดูแล (ผู้วิจัย) ประเมินข้อมูลภาวะสุขภาพจากการรายงานอาการ น้ำหนักตัว ชีพจร และความดันโลหิตจากผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลในรูปแบบอัลบั้มภาพ (album) หรือข้อความ (note) ในแอปพลิเคชันไลน์รายบุคคล พร้อมทั้งให้คำแนะนำด้านสุขภาพตามสภาพปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายผ่านทางข้อความส่วนตัวหรือวิดีโอคอลในแอปพลิเคชัน อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉินและติดต่อสอบถามปัญหาสุขภาพมาแบบฉุกเฉิน พยาบาลผู้ดูแล (ผู้วิจัย) ประเมินอาการเบื้องต้นอย่างเร่งด่วน และแนะนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ในโรงพยาบาลที่ใกล้สุดหรือโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินเบอร์ 1669 ให้แก่ผู้ป่วย

3. พยาบาลผู้ดูแล (ผู้วิจัย) ทบทวนและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัวในผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน การรับประทานยา โดยส่งข้อมูลในลักษณะข้อความส่วนตัว

หรือข้อความรูปภาพที่เฉพาะเจาะจงผู้ป่วยแต่ละราย และทำการประสานงานหรือปรึกษาหารือกับนักโภชนาการ เภสัชกร หรือแพทย์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยตามความเร่งด่วน

4. พยาบาลผู้ดูแล (ผู้วิจัย) ส่งข้อความกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการรับประทานยาทุกวัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเฝ้าระวังอาการและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลด้านอายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลด้านเพศ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของอาการ และการมีโรคร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หลังจากนั้นทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ได้แก่ ทดสอบการแจกแจงปกติ (normal distribution) ความแปรปรวน (homogeneity of variance) ระหว่างชุดข้อมูล ซึ่งผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกันด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) ข้อมูลที่อยู่ในรูปของความถี่ได้ทำการทดสอบความเป็นอิสระจากกันทั้งสองกลุ่ม หลังจากนั้นทำการเปรียบเทียบ เพศ ความรุนแรงของอาการ ระดับการศึกษา การมีโรคร่วม และจำนวนครั้งการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มทดลอง จำนวน 51 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 52 ราย โดยผลการวิจัย มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลด้านอายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ และโรคร่วมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 103)

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 51)				กลุ่มควบคุม (n = 52)				statistical value	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD		
อายุ (ปี)			65.54	17.47			64.13	16.44	-.420[t]	.670
เพศ									.098[c]	.750
หญิง	30	58.82			29	55.77				
ชาย	21	41.18			23	44.23				
การศึกษา									10.00[c]	.075
ไม่ได้รับการศึกษา	3	5.88			1	1.93				
ประถมศึกษา	40	78.43			33	63.46				
มัธยม	3	5.89			14	26.92				
ปริญญาตรี	5	9.80			4	7.69				
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)			22.52	26.31			18.57	35.92	-.630[t]	.520
Functional Class									3.280[c]	.190
Class I	8	15.68			16	30.77				
Class II	38	74.52			32	61.54				
Class III	5	9.80			4	7.69				
โรคร่วม									.190[c]	.660
ไม่มี	2	3.92			3	5.77				
มี	49	96.08			49	94.23				

หมายเหตุ t = independent t-test; c = chi-square test = x^2

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -0.931, p = 0.354) (ตาราง 2) อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -22.197, p < .001) (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) (N= 103)

เวลา	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 51)		กลุ่มควบคุม (n = 52)		t	p - value
		Min-Max	Mean (SD)	Min-Max	Mean (SD)		
ก่อนการทดลอง	พฤติกรรมโดยรวม	15-23	19.24 (2.14)	15-23	18.83 (2.31)	-0.931	.354
	พฤติกรรมรายด้าน						
	1. การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ	5-10	7.20 (1.25)	5-11	7.44 (1.46)		
	2. การดูแลตนเองเพื่อการบำบัดรักษาอาการ	4-10	6.51 (1.33)	4-12	7.33 (1.71)		
	3. ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	4-9	5.53 (1.72)	2-8	4.06 (0.68)		
หลังการทดลอง 12 สัปดาห์	พฤติกรรมโดยรวม	40-52	44.82 (3.08)	21-37	27.90 (4.53)	-22.197	.000*
	พฤติกรรมรายด้าน						
	1. การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ	13-20	16.20 (1.48)	6-15	10.19 (2.26)		
	2. การดูแลตนเองเพื่อการบำบัดรักษาอาการ	14-21	16.90 (1.45)	8-14	10.42 (1.70)		
	3. ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	10-14	11.73 (1.17)	4-12	7.29 (2.09)		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -47.813, p < .001) และ (t = -18.598, p < .001) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (pair t-test) (N = 103)

กลุ่มที่ศึกษา	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 51)	19.24	(2.14)	44.82	(3.08)	-47.813	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 52)	18.83	(2.31)	27.90	(4.53)	-18.598	.000*

3. การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หลังการทดลองภายใน 28 วัน พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีจำนวนครั้งการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน ต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต (χ^2 = 6.918, p < .01) (ตาราง 4) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง โดยมีสาเหตุจากอาการ

หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนกลุ่มควบคุมกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 9 ครั้ง โดยมีสาเหตุจากอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ จำนวน 7 ครั้ง อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก จำนวน 2 ครั้ง

การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายหลังการทดลอง 28 วัน และภายใน 12 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 9.215, p < .01) (ตาราง 4) โดยกลุ่มทดลองกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งมีสาเหตุจากอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนกลุ่มควบคุมกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 11 ครั้ง โดยมีสาเหตุจากอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ จำนวน 6 ครั้ง หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ จำนวน 2 ครั้ง อาการบวมขา จำนวน 2 ครั้ง อาการไอบ่อยและนอนไม่หลับ จำนวน 1 ครั้ง

ตาราง 4 เปรียบเทียบจำนวนครั้งการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (N = 103)

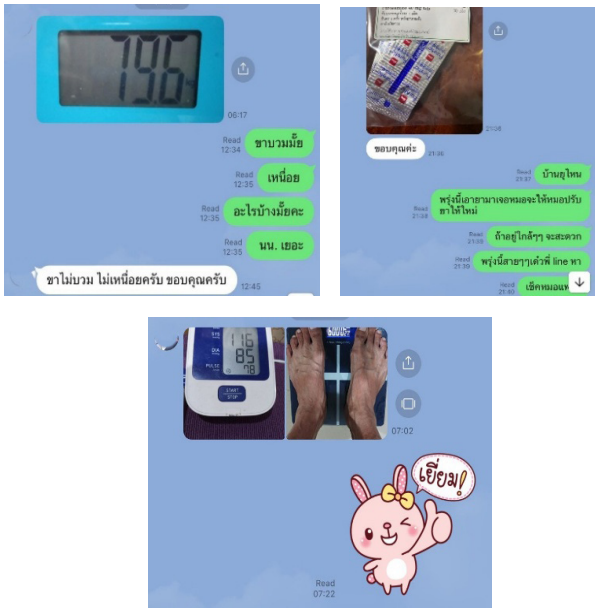
การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล	กลุ่มทดลอง (n = 51)		กลุ่มควบคุม (n = 52)		χ^2	p-value
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ		
ภายใน 28 วัน	1	1.96	9	17.31	6.918	.009*
หลัง 28 วันและภายใน 12 สัปดาห์	1	1.96	11	21.15	9.215	.002*

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลด้านอายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ และโรคร่วมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นการสุ่มด้วยสัดส่วนที่เท่ากันจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งชายและหญิงส่งผลให้ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพมีการกระจายอย่างสมดุลระหว่างสองกลุ่ม[22] เมื่อพิจารณาอายุ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีอายุเฉลี่ยระหว่าง 64.13 - 65.54 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุและสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวมักเกิดในวัยสูงอายุซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากเมื่อร่างกายเข้าสู่วัยสูงอายุประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่น[24]

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor et al.[19] ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย ให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลที่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อสามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและให้การช่วยเหลือและการจัดการภาวะสุขภาพได้อย่างทันท่วงที กระบวนการดูแลที่ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลผู้ดูแล การสอนและการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่จำเพาะเจาะจงโดยเฉพาะสัญญาณเตือนที่บ่งบอกการกำเริบของโรคตั้งแต่ในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลและการติดตามให้ความรู้หรือสอนซ้ำเมื่อกลับบ้าน การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการติดตามอาการตนเอง การสอบถามพูดคุยปัญหาสุขภาพผ่านทางแอปพลิเคชันเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน การศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพที่พยาบาลส่งผ่านทางแอปพลิเคชันขณะอยู่บ้านซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ จดจำและความเข้าใจข้อมูลดังกล่าวได้เพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น[19,21,25-27] สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยและญาติอย่างน้อย 2 ครั้งระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความไว้วางใจ ประเมินปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่องและตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและให้ยาขับปัสสาวะไปรับประทานต่อที่บ้าน พยาบาลผู้ดูแลวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัวและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุกวัน เมื่อกลับ

บ้านผู้ป่วยติดตามอาการตนเองและพบว่าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งเบี่ยงเบนจากค่าเป้าหมายที่พยาบาลผู้ดูแลได้ระบุไว้ก่อนการจำหน่าย ผู้ป่วยได้รายงานข้อมูลดังกล่าวมายังพยาบาลผู้ดูแลผ่านทางแอปพลิเคชัน พยาบาลผู้ดูแลติดต่อกลับไปยังผู้ป่วยเพื่อประเมินข้อมูลสุขภาพเพิ่มเติม และประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยาขับปัสสาวะอีกครั้งอย่างเหมาะสม รวมทั้งติดตามอาการและอาการแสดง น้ำหนักตัว ชีพจรและความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดการกำเริบของโรค (ภาพ 2) นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง การได้พูดคุยกับพยาบาลผู้ดูแลเป็นการส่วนตัวผ่านทางแอปพลิเคชันทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและรู้สึกปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ[28]



ภาพ 2 ตัวอย่างการรายงานข้อมูลสุขภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มควบคุมเป็นไปอย่างช้า ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ดังนี้ มาตรฐานการดูแลขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพก่อนการจำหน่ายของหอผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโซเดียมและการติดตามอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาลก่อนการจำหน่าย[1] และผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจมีการตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้นเนื่องจากเคยมีประสบการณ์อาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การตระหนักรู้ดังกล่าวอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[29] นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลสุขภาพจากหน่วยเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) ไม่ว่าจะเป็นการเคยมีอาการกำเริบหรืออาจได้รับข้อมูลจากเครือข่ายผู้ป่วยด้วยกันเอง สื่อต่าง ๆ ในอินเทอร์เน็ต ทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพและเกิดการปรับตัวแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นได้เช่นกัน[29] รวมทั้งการที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเข้าร่วมงานวิจัยอาจทำให้มีความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นเนื่องจากรับรู้ว่ามีการประเมินพฤติกรรม (Hawthorne effect)[22] ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นแม้ไม่มากเท่ากลุ่มทดลอง[22,29,30]

การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ มีจำนวนครั้งการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ กลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยมีสาเหตุหลักคือ อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากสาเหตุที่พบบ่อย คือ อาการหอบเหนื่อย/นอนราบไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 65 (รวม 13 ครั้ง) อาการแน่นหน้าอกและหายใจลำบาก คิดเป็นร้อยละ 20 (จำนวนรวม 4 ครั้ง) อาการบวม คิดเป็นร้อยละ 10 (จำนวนรวม 2 ครั้ง) และ ไอบ่อยและนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 5 (จำนวนรวม 1 ครั้ง) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 30 วัน และ 90 วันแรกหลังจำหน่าย[3,7] การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ที่มี

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยมีการประเมินปัญหาและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เช่น การสอนผู้ป่วยและญาติให้รู้จักสังเกตอาการหอบเหนื่อยหรืออาการบวมก่อนจำหน่าย การตั้งเป้าหมายการควบคุมน้ำหนักตัวหรือการกำหนดเกณฑ์การรายงานข้อมูลผิดปกติแก่พยาบาลผู้ดูแล รวมทั้งการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องโดยให้ผู้ป่วยบันทึกอาการหรือสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร ความดันโลหิต น้ำหนักตัว และส่งข้อมูลมายังพยาบาลผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ทำให้พยาบาลผู้ดูแลทราบถึงความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ดังนั้นหากผู้ป่วยเริ่มมีสัญญาณความผิดปกติ เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มร่วมกับมีอาการผิดปกติอื่นๆ พยาบาลผู้ดูแลสามารถให้คำแนะนำในการจัดการอาการเบื้องต้น หรือประสานงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาได้อย่างทันท่วงที ช่วยป้องกันไม่ให้อาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารักษาตัวโรงพยาบาล[9,21,26,27] นอกจากนี้การติดตามอาการตนเองของผู้ป่วย เช่น การชั่งน้ำหนักตัว การประเมินอาการภาวะหัวใจล้มเหลว การนับชีพจร และการวัดความดันโลหิต ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพตนเองและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการอาการตนเองเบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ลดอาการกำเริบของโรคได้[9,28] และเมื่อมีอาการผิดปกติผู้ป่วยสามารถติดต่อพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันหรือโทรศัพท์ได้ทันทีตามความต้องการ และพยาบาลผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถติดต่อผู้ป่วยทางแอปพลิเคชันหรือโทรศัพท์พร้อมให้คำแนะนำในการจัดการอาการอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยได้รับการแก้ไขหรือบรรเทาลงได้[9,14,29,30] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขณะอยู่ในโรงพยาบาล การสอนหรือให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคล การติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านโดยพยาบาลผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในรูปแบบของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือการติดตามข้อมูลภาวะสุขภาพทางแอปพลิเคชัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นโดยเฉพาะด้านการจัดการอาการและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง[9,27,29,30]

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันเป็นการติดต่อสื่อสารผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ไม่ได้กำหนดแนวทางการให้คำแนะนำไว้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน การนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ไปใช้จำเป็นต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพและอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรายงานผ่านแอปพลิเคชันเพื่อให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างทันท่วงทีและเหมาะสม ดังนั้นการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ไปใช้อาจมีข้อจำกัดสำหรับพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลทั่วไปที่ไม่ใช่พยาบาลเฉพาะโรค อาจทำให้การให้คำแนะนำหรือการพูดคุยทางโทรศัพท์มีความแตกต่างกัน

2. การให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ ทั้งในรูปแบบข้อความ สื่อ รูปภาพ ซึ่งส่งผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ มีวิธีปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน อาจทำให้มีความไม่สม่ำเสมอและไม่เท่าเทียมกันภายในกลุ่มทดลองและไม่ชัดเจนในการนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ

3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยสูงอายุอาจมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีต่ำและไม่คุ้นเคยกับการใช้แอปพลิเคชัน ต้องอาศัยผู้ดูแลหรือลูกหลานมีส่วนร่วมในการส่งข้อมูลภาวะสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งการอาศัยในพื้นที่ที่ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตและความแรงของสัญญาณอินเทอร์เน็ตส่งผลให้มีอุปสรรคในการสื่อสารหรือการเข้าถึงสื่อความรู้ วิดีโอต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยส่งไปยังผู้ป่วย

4. การจัดสรรผู้ป่วยโดยการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนักวิจัยดำเนินการไม่พร้อมกันเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในแต่ละวันมีจำนวนไม่เพียงพอ โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้ง 2 หอผู้ป่วย หลังจากนั้นสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้เพียงวันละ 3-5 รายต่อกลุ่ม และต้องดำเนินการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยใหม่และทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกวันจนกระทั่งได้จำนวนผู้ป่วยตามต้องการ ดังนั้น ภายในหอผู้ป่วยเดียวกันในบางวันจะมีทั้งผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นทั้งผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีการแลกข้อมูลระหว่างกันและอาจส่งผลต่อตัวแปรผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้ได้

5. การติดตามประเมินผลลัพธ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยแบบสอบถามซึ่งเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า

อาจมีความลำเอียงในการประเมินตนเองของผู้ป่วย

สรุป

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกระบวนการดูแลที่เริ่มตั้งแต่ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างพยาบาลผู้ดูแลและผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชัน เป้าหมายเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของอาการในช่วงระยะแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการประเมินอาการและจัดการอาการตนเองเบื้องต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายฯ ไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบของผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องโดยผสมผสานการใช้แอปพลิเคชันในการติดต่อสื่อสารข้อมูลภาวะสุขภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแล รวมทั้งขยายผลไปสู่การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ

2. ด้านการบริหาร ควรสนับสนุนให้หน่วยงานหรือหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันที่มีรูปแบบการใช้งานที่หลากหลาย เช่น ระบบการบันทึกอาการ บันทึกข้อมูลยา กราฟรายงานภาวะสุขภาพ เป็นต้น เพื่อนำมาใช้ในกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งจัดระบบสนับสนุนให้มีพยาบาลทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3. ด้านการออกแบบวิจัย ผู้วิจัยควรติดตามตัวแปรผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมซ้ำภายใน 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรมเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือออกแบบการวิจัยที่วัดผลลัพธ์ในด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และการเขียนบทความวิจัยรวมทั้งร่วมกันปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ใด ๆ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและพยาบาลทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการวิจัยทุกขั้นตอน ทำให้โครงการวิจัยดังกล่าวดำเนินการสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Chonnaras P, Yingchoncharoen T, Kunjara Na Ayudhya R. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 heart failure guideline. Samut Prakan: Nextstep D-Sign; 2019. Thai.
2. Jain A, Arora S, Patel V, et al. Etiologies and predictors of 30-day readmission in heart failure: An updated analysis. Int J Heart Fail. 2023; 5(3): 159-68. doi: 10.36628/ijhf.2023.0015.
3. S Alsulymani AS, Ashram W, Alghamdi A, et al. Risk factors for readmission in heart failure within 90 days. Cureus. 2023; 15(12): e50236. doi: 10.7759/cureus.50236.
4. Punrat P, Poungkaew A, Wattanakitkrileart D, et al. Predicting factors to 30-day hospital readmission in patients with acute heart failure. TRC Nurse J. 2024; 17(1): 100-19. Thai.
5. Chaimongkol O, Puwanant S, Phumivadhana S. Nurses's role in caring for patients with heart failure at ambulatory care. VNJ. 2022; 24(1): 75-95. Thai.
6. Promwong W, Meenongwah J, Ginggeaw S, et al. Knowledge and self-care behavior among patients with heart failure in the 50th anniversary Maha Vajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani Province. JNHR. 2022; 38(1): 173-85. Thai.
7. Niriayo YL, Yemane B, Asgedom SW, et al. Prevalence and predictors of poor self-care behaviors in patients with chronic heart failure. Sci Rep. 2024; 14(1): 1984. doi: 10.1038/s41598-024-52611-5.
8. Pimtara P, Rongmuang D. Transitional care for patients with congestive heart failure to reduce readmission rates. J Hlth Sci Res. 2020; 14(1): 128-38. Thai.
9. Somsiri V, Asdornwised U, O'Connor M, et al. Effects of a transitional telehealth program on functional status, rehospitalization, and satisfaction with care in Thai patients with heart failure. HHCMP. 2021; 33(2): 72-80. doi: 10.1177/1084822320969400.

10. Promwong W, Meenongwah J, Veerakul S, et al. Clinical outcomes of patients with heart failure at the heart failure clinic, Sunpasitthiprasong Hospital. Vajira Med J. 2021; 65(5): 373-86. Thai.
11. Lertpongpakpoom S, Phonphet C, Suwanno J. Predictors of readmission after one-year hospital discharge with acute decompensated heart failure. Thai J. Cardio-Thoracic Nurs. 2019; 30(2): 126-40. Thai.
12. Garcia CG. A Literature review of heart failure transitional care interventions. Am J Accountable Care. 2017; 5(3): 21-5.
13. Khitka P, Sittisombut S, Chaiard J. Interventions for promoting self-care behaviors among persons with heart failure: A systematic review. Nursing Journal CMU. 2017; 44(4): 71-79. Thai.
14. Al Sattouf A, Farahat R, Khatri AA. Effectiveness of transitional care interventions for heart failure patients: A systematic review with meta-analysis. Cureus. 2022;14(9): 1-15. doi: 10.7759/cureus.29726.
15. Tankumpuan T, Asano R, Koirala B, et al. Heart failure and social determinants of health in Thailand: An integrative review. Heliyon. 2019; 5(5): 1-8. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e01658.
16. Pholtana S, Nuchakul S, Yaemdonprai S, et al. A result of developing a discharge planning application for patients with coronary heart disease. JOPN. 2023; 15(2): 208-18. Thai.
17. Khumou S, Chomphet P, Klangka P. The development of smart heart care application for caring patient with heart disease. AJNHS. 2023; 3(2): 143-154. Thai.
18. Chantra R, Weerajitr S, Sretongkul P. Effect of discharge planning program for patients with stroke in duration of transition from hospital to home on preparedness, anxiety and satisfaction of caregiver. JANE. 2023; 16(4): 29-39. Thai.
19. Naylor MD, Hirschman KB, Toles MP, et al. Adaptations of the evidence-based transitional care model in the U.S. Soc Sci Med. 2018; 213: 28-36. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.07.023.
20. Suwanno J, Petsirasan R, Praseartthai P, et al. Self-care among patients with chronic heart failure. JTNMC. 2008; 23(1): 35-47. Thai.
21. Susuthi P, Aoongchittrakul P, Jansrithong P, et al. Effect of a transitional care program for patients with acute coronary syndrome post-discharge by telehealth follow-up on self–care agency and rehospitalization. Nurs Res Inno J. 2024; 30(2): 163-80. Thai.
22. Grove SK, Gray JR. Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 9 th ed. Louise, MO: Saunders Elsevier; 2021.
23. Thongchom N. Five techniques for sodium reduction [Internet]. Bangkok: Mahidol channel, Mahidol University; 2019 [cited 2024 Dec 30]. Available from: https://www.facebook.com/mahidolchannel/videos/mahidol-channel/534735387072834/?
24. Martinelli E, Di Stefano A, Gareri P, et al. Heart failure in elderly people: from pathophysiology to diagnosis and management. OBM Geriat. 2023; 7(3): 250; doi: 10.21926/obm.geriatr.2303250.
25. Yawanopas N, Pongsaengpan P, Piboon K. Factor related to self-care behaviors of acute coronary syndrome. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2018; 6(3): 337-52. Thai.
26. Nimit-arnun N. Applying the transitional care model in caring for older adults with heart failure. TJNMP. 2023; 10(1): 5-19. Thai.
27. 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 Thail. 2021; 39(1): 47-63. Thai.
28. Kumsuchat, S. Health problems and healthcare needs among Thai elderly: Policy recommendations. Journal of Health Science. 2017; 26(6): 1157-64. Thai.
29. Kiyarosta N, Ghezeljeh T, Naghashzadeh F, et al. The effect of using smartphone applications on self-care in patients with heart failure. Nurs Pract Today. 2020; 7(4): 311–21.
30. Ware P, Ross HJ, Cafazzo JA, et al. User-centered adaptation of an existing heart failure telemonitoring program to ensure sustainability and scalability: Qualitative study. JMIR Cardio. 2020; 4(1): e14601. doi: 10.2196/14601.

บทความวิจัย

การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเอง โดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกล สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

Development of the Telehealth Self-Management Prototype for Older Adults at Risk of Stroke

จันทรา พรหมน้อย[1] ลัพณา กิจรุ่งโรจน์[1] วศินี สมศิริ[2] เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์[3]*

Chantra Promnoi[1] Luppana Kitrungrote[1] Vasinee Somsiri[2] Pensiri Authawong[3]*

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[1]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[2]Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

[3]กลุ่มการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

[3]Community Health Nursing, Songkhla Hospital, Songkhla, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: chantra.p@psu.ac.th*

Corresponding author: chantra.p@psu.ac.th

Received 22 January 2025 • Revised 19 Febuary 2025 • Accepted 30 April 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง* ***วิธีการ:*** *การวิจัยและพัฒนานี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนานวัตกรรม การสังเคราะห์ความรู้และการออกแบบพัฒนานวัตกรรม (สังเคราะห์ความรู้ พัฒนาต้นแบบ และศึกษานำร่อง) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดสงขลา เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลประชากร และแบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้ต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา* ***ผลการศึกษา:*** *1) ต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองภายใต้แพลตฟอร์มระบบบริการสุขภาพ "SMARTCARE-Telehealth" ประกอบด้วยระบบปฏิบัติการ 4 ส่วน คือ ระบบการคัดกรองสุขภาพ การบริการสุขภาพ ระบบติดตามสุขภาพ การให้คำปรึกษาและการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงแอปพลิเคชัน SMARTCARE App สำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพ SMART MEs App สำหรับผู้รับบริการ และ SMART MEs Alert สำหรับการแจ้งเตือนเจ้าหน้าที่ และ 2) ผลจากการนำต้นแบบนวัตกรรมไปใช้ พบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้ต้นแบบนวัตกรรมอยู่ในระดับสูง* ***สรุป:*** *ควรสนับสนุนการนำต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีสุขภาพทางไกลไปขยายผลในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการประเมินความพึงพอใจ การติดตามพฤติกรรมการ*

จัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะยาว

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การบริการสุขภาพทางไกล; ผู้สูงอายุ; โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Objective: *This study aimed to develop innovative phototype of telehealth-support self-management for older adults at risk of stroke. Methods: This research and development study consisted of three phases, including situation analysis and need assessment, goal setting for innovative development, synthesis of knowledge and innovative development phases (knowledge synthesis, prototype development, and pilot test). Six registered nurses and public health providers, and five village health volunteers were purposively recruited from health promotion hospitals in Songkhla province. Research instruments in this study included the demographic questionnaire and the feasibility questionnaire for telehealth-support self-management innovation. Data were analyzed using descriptive statistics.* ***Results:*** *1) The self-management innovation prototype, developed under the "SMARTCARE-Telehealth" platform, comprised four operational components: a health screening system, health services, a health monitoring system, and a consultation and emergency call. These components worked integrated through SMARTCARE App for healthcare staff, SMART MEs App for clients, and SMART MEs Alert system for healthcare staff notifications; and 2) The implementation of this innovation prototype among participants demonstrated a high feasibility level.* ***Conclusion:*** *The findings of this study recommended promoting the broader application of the telehealth-support self-management prototype for older adults at risk of stroke, with a focus on assessing their satisfaction, monitoring their self-management behaviors, and evaluating long-term health outcomes.*

Keywords: self-management; telehealth; older adults; stroke

ความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสูงอายุ โดยปี 2566 ประเทศไทยมีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13.19 ล้านคน หรือร้อยละ 19.97[1] และเพิ่มขึ้นเป็น 14.02 ล้านคน หรือร้อยละ 20.70 ในปี 2567 ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ จำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 59.30 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.80 และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.90[2] การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสอง และสาเหตุของความพิการอันดับสามของประชากรทั่วโลก[3] สำหรับประเทศไทย พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับสองเช่นกัน[4] อุบัติการณ์นี้มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 60–69 ปี[5]

โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น[6] เนื่องจากการเสื่อมถอยตามวัยทำให้มีการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด และหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ง่าย วัยสูงอายุยังมีความสัมพันธ์กับการเผาผลาญพลังงานลดลง ส่งผลให้ร่างกายสะสมไขมันเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานได้[7] นอกจากนี้ ดัชนีมวลกาย สัดส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพก พฤติกรรมสูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกายสามารถทำนายแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปีข้างหน้าสูงถึงร้อยละ 80[8] โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถึงแม้ว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ โดยองค์การอนามัยโลกเสนอแนะการป้องกันและจัดการกับปัจจัยการเกิดภาวะโรคร่วม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ พฤติกรรมสูบบุหรี่

ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ[9] ดังนั้น การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเชิงรุกจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (ลดอาหารหวาน มัน และเค็ม) การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้บริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและติดตามปัจจัยเสี่ยง[10-12] อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและติดตามความเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัด เช่น ความไม่สะดวกในการเดินทาง และขาดการมาตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา[13]

จังหวัดสงขลา มีจำนวนผู้สูงอายุ 255,984 คน คิดเป็นร้อยละ 18.02 มากเป็นอันดับ 2 ของภาคใต้ และอันดับ 10 ของประเทศ โดยอำเภอเมืองสงขลา มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดสงขลา คิดเป็นร้อยละ 25.95 และมีอัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 25.20 ในปี 2564 เพิ่มเป็นร้อยละ 28.10 ในปี 2566[14] จากรายงานการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (CVD Risk Score $\geq$ 10.00 %) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา[15] พบปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุดังนี้ (1) ด้านรูปแบบการบริการและระบบข้อมูล ได้แก่ ขาดรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุ และขาดความต่อเนื่องในการติดตามและประเมินความเสี่ยง ระบบการบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมตามสภาพจริง และไม่สามารถประมวลผลไปใช้ในการวางแผนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นปัจจุบัน (2) ด้านบุคลากร ได้แก่ ขาดแคลนบุคลากร และภาระงานเพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การคัดกรองความเสี่ยงขาดความต่อเนื่อง (3) ด้านสื่อหรืออุปกรณ์ ได้แก่ ขาดเครื่องมือคัดกรองและชุดความรู้สำหรับผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ (4) ด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อจำกัดของผู้สูงอายุด้านสายตาและการหลงลืม ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการมาตามนัด และความยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในการจัดการตนเอง และสามารถขอคำปรึกษาได้อย่างทันท่วงทีด้วยระบบการบริการสุขภาพทางไกล (telehealth) จะช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควบคุมกำกับตนเองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การควบคุมความดันโลหิต และการรับประทานยา[16-17] ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนานวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลที่พัฒนาขึ้นนี้ จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพในการติดตาม และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. ต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. ความเป็นไปได้ของการนำต้นแบบนวัตกรรมไปใช้ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำต้นแบบนวัตกรรมไปใช้ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

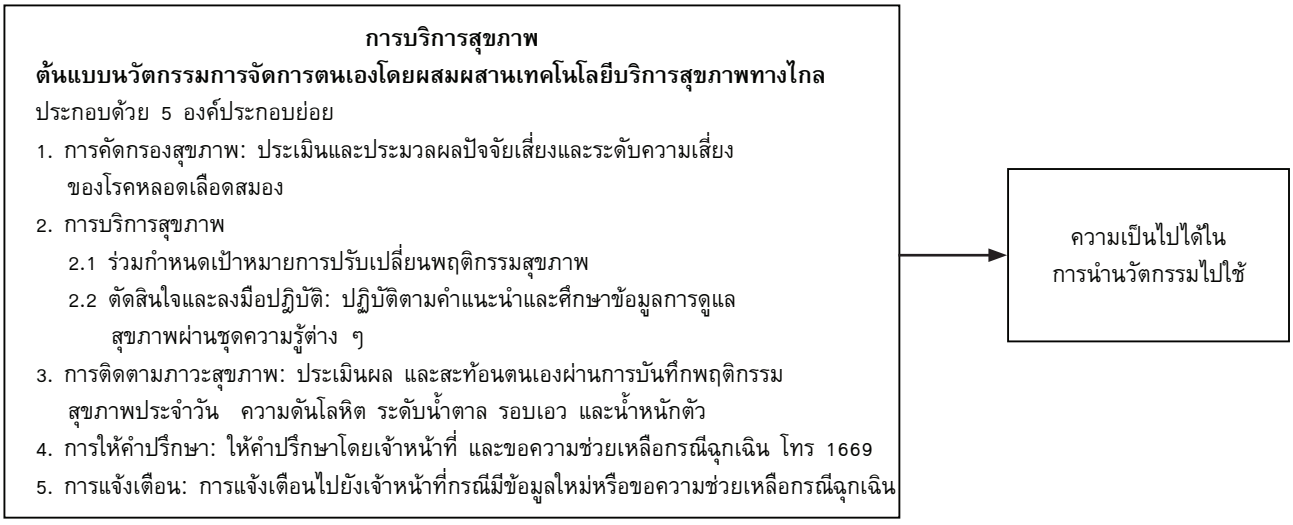
รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีสุขภาพทางไกลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง[15] สำหรับในเอกสารนี้ ผู้วิจัยนำเสนอขั้นตอนการสังเคราะห์ความรู้และการออกแบบพัฒนานวัตกรรม โดยทดสอบเบื้องต้นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำต้นแบบนวัตกรรมไปใช้กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง[18] แนวคิด

การบริการสุขภาพทางไกล[19] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุในการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินและประมวลผลปัจจัยและระดับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (2) กำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ และศึกษาชุดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร และ (4) การประเมินผลและสะท้อนคิดตนเอง เป็นการกำกับ ติดตามข้อมูลสุขภาพ และการดูแลตนเองเพื่อจัดการปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา บันทึกความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และน้ำหนักตัว รวมถึงการขอคำปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การจัดการตนเองทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ดำเนินการผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล ซึ่งใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบหลัก[19] ได้แก่ ผู้ใช้ระบบ (เจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง) และระบบการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย คือ การคัดกรองสุขภาพ การบริการสุขภาพ การติดตามภาวะสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการแจ้งเตือน ผลลัพธ์ในการศึกษาระยะการออกแบบต้นแบบนวัตกรรมครั้งนี้ คือ ความเป็นไปได้ในการนำต้นแบบนวัตกรรมไปทดลองใช้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ สรุปกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สุขภาพ จำนวน 11 ราย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ราย นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 ราย และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ราย (อสม. ต่อ ผู้สูงอายุ = 1:6)

กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ (1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุและปฏิบัติงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปี (2) ปฏิบัติการในหน้าที่อย่างต่อเนื่อง และ (3) มีโทรศัพท์มือถือระบบ Android หรือ iOS ที่สามารถลงทะเบียนใช้แอปพลิเคชันได้

2. อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ มีประสบการณ์ในหน้าที่รับผิดชอบ อย่างน้อย 1 ปี

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา เลขที่ SKH IRB 2021-Nrt-J3-1040 วันที่ 7 กรกฎาคม 2564-6 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับแก่อาสาสมัคร การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ และอาสาสมัครมีอิสระในการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อสวัสดิการ หน้าที่การทำงาน หรือการบริการที่จะได้รับผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้และทำลายภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน[20] ได้แก่ (1) การสังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ (2) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการพัฒนา (3) การสังเคราะห์ความรู้และการออกแบบพัฒนานวัตกรรม (4) การปรับปรุง ทดลองซ้ำ และประเมินผล (5) การสรุปและวิเคราะห์ผลการนำไปใช้ และ (6) การเผยแพร่และขยายผล สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยนำเสนอถึงขั้นตอนการสังเคราะห์ความรู้และการออกแบบพัฒนานวัตกรรม โดยมีกระบวนการย่อย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ผู้วิจัยวิเคราะห์สภาพปัญหาปัจจุบันและความต้องการโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางขึ้นไป (CVD Risk Score ≥10.00%)[21] โดยสอบถามรูปแบบในการดูแลตนเอง หรือระบบบริการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน อุปสรรค ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ แหล่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการจัดการตนเอง และความต้องการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ ของสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการพัฒนา ผู้วิจัยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป้าหมายการพัฒนานวัตกรรมการจัดตนเองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพ ตัวแทนอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเคราะห์ความรู้และการออกแบบพัฒนานวัตกรรม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1. การสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเชิงรุก (primary prevention) ความรู้ในการออกแบบระบบบริการสุขภาพทางไกล จากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเชิงรุก ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง[10-12,22,23] รวมทั้งการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมักมีอาการแสดงที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับความเจ็บป่วย ส่งผลให้การวินิจฉัยผิดพลาด และเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความคิดความจำบกพร่องการสูญเสียการทรงตัว[24]

2. การออกแบบนวัตกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานบริการสุขภาพทางไกล และนำเสนอนักโปรแกรมเมอร์ด้านการพัฒนาซอฟต์แวร์จัดทำต้นแบบนวัตกรรม นอกจากนี้ ผู้วิจัยพัฒนาชุดความรู้สำหรับผู้สูงอายุที่เน้นรูปแบบอ่านง่าย เน้นรูปภาพขนาดอักษร และสีเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง คำแนะนำการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ชุดความรู้ที่พัฒนาขึ้นใช้เป็นแหล่งความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเป็นแหล่งข้อมูลให้อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านในการศึกษาความรู้เพื่อให้คำแนะนำกรณีที่ผู้สูงอายุขอคำปรึกษา

3. ทดลองศึกษานำร่องและประเมินผลเบื้องต้น ภายหลังได้ต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำเสนอหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพ ตัวแทนอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน และตัวแทนผู้สูงอายุ เพื่อให้ข้อคิดเห็นก่อนนำไปทดลองใช้ โดยในระยะนี้ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อต้องการทดสอบความพร้อมของระบบก่อนนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย มีขั้นตอนดังนี้

3.1 อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อฝึกใช้นวัตกรรม

การจัดการตนเองโดยผสมผสานการบริการสุขภาพทางไกลให้แก่พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ได้แก่ การบันทึกการคัดกรองสุขภาพ เช่น ความดันโลหิต การวัดรอบเอว การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ การบันทึกการรับประทานอาหาร และการใช้ชุดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล พร้อมแจกคู่มือการใช้นวัตกรรมฯ

3.2 อบรมอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านเพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยการประเมินความรู้ก่อน-หลังอบรม การบรรยายเป็นกลุ่ม และซักถามข้อสงสัย

3.3 พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน นำต้นแบบนวัตกรรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 30 ราย โดยอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน เป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ (อสม. 1 คนต่อผู้สูงอายุ 6 คน) ติดตามความดันโลหิตสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และผู้สูงอายุบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายทุกวัน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานการบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานระบบบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโปรแกรมประยุกต์บนเวปไซต์ (web-based application) พัฒนาต่อยอดและดัดแปลงจากระบบ SMARTCARE ของหน่วยส่งเสริมสุขภาพ (PCU 128) โรงพยาบาลสงขลา โดยระบบเดิมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ แบ่งตามกลุ่มปัญหาสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้พิการ การดูแลแบบประคับประคอง และพัฒนาการของเด็ก สำหรับนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานระบบบริการสุขภาพทางไกลที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า “SMARTCARE-Telehealth” เป็นระบบให้บริการสุขภาพที่เชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบ แบบเป็นเวลาจริง (real time) ประกอบด้วยระบบปฏิบัติการ 4 ส่วน คือ ระบบการคัดกรองสุขภาพ การบริการสุขภาพ ระบบติดตามสุขภาพ การให้คำปรึกษาและการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงการทำงานผ่านแอปพลิเคชัน (ภาพ 2) ดังนี้

1. SMARTCARE App เป็นระบบปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) การคัดกรองสุขภาพ ประกอบด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Thai CVD Risk Score[25] แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงสูงอันตราย (≥ 30.00%)ความเสี่ยงสูง (20.00 - < 30.00%) ความเสี่ยงระดับปานกลาง (≥ 10.00 - < 20.00%) และความเสี่ยงต่ำ (< 10.00%) และการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ[26] เช่น ความคิดความจำ การนอนหลับ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ข้อมูลที่บันทึกจะถูกประมวลผลและจำแนกระดับความรุนแรงโดยใช้สัญลักษณ์สี เพื่อให้คำแนะนำและวางแผนการดูแลสุขภาพตามความเร่งด่วนของปัญหา และ (2) การบริการสุขภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่สรุปปัญหาที่พบจากการคัดกรองสุขภาพส่งผ่านระบบให้ผู้รับบริการทราบพร้อมกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และให้คำแนะนำร่วมกับชุดความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับปัญหาที่ประเมินได้ (ภาพ 3 ก)

2) SMARTCARE Modified Elderly Stroke Application (SMART MEs App) เป็นระบบปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุ ระบบจะเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ คำแนะนำ และชุดความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) คลังชุดความรู้ และคำแนะนำที่เชื่อมโยงกับ SMARTCARE App (2) การติดตามภาวะสุขภาพ เป็นช่องทางในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารในแต่ละวัน ความถี่ ระยะเวลา และชนิดการออกกำลังกาย การรับประทานยา บันทึกความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดรอบเอว และน้ำหนักตัว ข้อมูลที่บันทึกจะถูกประมวลผลในรูปแบบกราฟแสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เพื่อบอกความก้าวหน้าจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านจะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาและติดตามข้อมูลสุขภาพเพื่อบันทึกลงในระบบ SMART MEs App และ (3) การให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำในรูปแบบข้อความ หรือวิดีโอคอลที่มีความเป็นส่วนตัวระหว่างพยาบาล

และผู้สูงอายุ รวมถึงการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน โทร 1669 (ภาพ 3 ข)

3) ระบบ SMART MEs Alert เป็นระบบการแจ้งเตือนไปยังเจ้าหน้าที่กรณีมีข้อมูลใหม่ หรือเมื่อมีการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

ภาพ 2 แสดงองค์ประกอบต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานการบริการสุขภาพทางไกล สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ภาพ ก ภาพ ข

ภาพ 3 ตัวอย่างการเชื่อมโยงข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และการให้คำปรึกษา (ก) และชุดความรู้ (ข)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสุขภาพหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในตำแหน่งที่รับผิดชอบ และประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้นวัตกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพทางไกล จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การรับรู้ประโยชน์ (3 ข้อ) ความยาก-ง่ายต่อการใช้และเรียนรู้ (5 ข้อ) ความน่าเชื่อถือ (2 ข้อ) และความพึงพอใจ (4 ข้อ) แต่ละข้อมีคำตอบแบบลิเคิร์ทสเกล (Likert scale) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 (ไม่พอใจเลย) ถึง 5 (พอใจมากที่สุด) คะแนนรวม 14-70 คะแนน การแปลผลคะแนนภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนน 14.00-32.67) ระดับปานกลาง (คะแนน 32.68-51.35) และระดับสูง (คะแนน 51.36-70.00) สำหรับรายด้าน

แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และระดับสูง (3.67-5.00)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้นวัตกรรมการจัดการตนเองฯ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ หลังจากปรับแก้ไขการใช้ภาษาให้มีความชัดเจนขึ้น ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (scale content validity index: S-CVI) เท่ากับ 1.0 นำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้นวัตกรรมฯ ทดสอบความเที่ยงโดยวิธีการประเมินความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .94

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการใช้ต้นแบบนวัตกรรม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่ามัธยฐาน ค่าสูง-ต่ำ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลตำแหน่งผู้จัดการรายกรณี จำนวน 2 ราย นักวิชาการสาธารณสุข 4 ราย และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน 5 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 11 ราย ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.90 ปี (SD = 8.56) มีช่วงอายุระหว่าง 34-67 ปี มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาโท จำนวน 2 ราย ระดับปริญญาตรี 4 ราย และระดับอนุปริญญา จำนวน 2 ราย ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 2 ราย และระดับประถมศึกษา จำนวน 1 ราย ทุกคนมีประสบการณ์ในการใช้แอปพลิเคชัน

2. ความเป็นไปได้ในการใช้ต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ต้นแบบนวัตกรรมฯ ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 59.27, SD = 4.56) เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเป็นไปได้ทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านการรับรู้ประโยชน์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.33, SD = .42) รองลงมาด้านความยากง่ายต่อการใช้และการเรียนรู้ (M = 4.23, SD = .33) และความพึงพอใจภาพรวม (M = 4.21, SD = .34) ตามลำดับ สำหรับด้านความน่าเชื่อถือ (M = 4.14, SD = .39) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า การลดระยะเวลาเดินทางไปรับบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.45, SD = .52) สำหรับการตัดสินใจใช้ระบบเทคโนโลยีบริการสุขภาพทางไกลต่อไปมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (M = 4.00,SD = .30) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ของคะแนนความเป็นไปได้ในการใช้นวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานบริการสุขภาพทางไกลตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (N = 11)

ความเป็นไปได้	ช่วงคะแนน	M	SD	Min-Max	ระดับ
1. การรับรู้ประโยชน์	1.00-5.00	4.33	.42	4.00 - 5.00	สูง
2. ความยากง่ายต่อการใช้และเรียนรู้	1.00-5.00	4.23	.33	4.00 - 5.00	สูง
3. ความน่าเชื่อถือ	1.00-5.00	4.14	.39	4.00 - 5.00	สูง
4. ความพึงพอใจภาพรวม	1.00-5.00	4.21	.34	4.00 - 5.00	สูง
ความเป็นไปได้ภาพรวม	14.00-70.00	59.27	4.56	56.00 - 70.00	สูง

หมายเหตุ M = Mean; SD = Standard deviation

การอภิปรายผลการวิจัย

ต้นแบบนวัตกรรม "SMARTCARE-Telehealth" ถูกออกแบบภายใต้ปัญหาและความต้องการของบริบทพื้นที่ มีการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นระบบและครอบคลุมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพ การบริการสุขภาพ การติดตามข้อมูล การให้คำปรึกษา และระบบแจ้งเตือนเจ้าหน้าที่ ระบบปฏิบัติการเหล่านี้ทำงานเชื่อมโยงกันผ่านแอปพลิเคชัน "SMARTCARE App" สำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพ "SMART MEs App"

สำหรับผู้รับบริการเพื่อเป็นช่องทางในการจัดการตนเองผ่านการรับข้อมูลหรือคำแนะนำ การสอบถามข้อสงสัยหรือความช่วยเหลือ และการติดตามข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองและการแจ้งเตือนด้วย “SMART MEs Alert” นวัตกรรมนี้ถูกออกแบบให้สามารถใช้งานบนเวปไซต์และในรูปแบบแอฟพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟนที่รองรับทั้งระบบ Android และ iOS จึงมีความสะดวกแก่ผู้ใช้งาน สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่สุขภาพรับรู้ความเป็นไปได้ของการนำต้นแบบนวัตกรรม“SMARTCARE-Telehealth” ไปใช้ในระดับสูงทุกด้าน โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาด้านความยากง่ายในการนำไปใช้ ความพึงพอใจในภาพรวม และความน่าเชื่อถือ ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากต้นแบบนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น ถูกออกแบบให้เจ้าหน้าที่สามารถติดตามข้อมูลสุขภาพได้แบบเวลาจริง ผู้ใช้บริการสามารถบันทึกข้อมูลผ่านระบบด้วยตนเอง และข้อมูลสามารถเชื่อมต่อไปยังเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ทันที รวมทั้งสามารถประมวลผลข้อมูลเพื่อติดตามแนวโน้มข้อมูลสุขภาพของตนเอง ทำให้ไม่เสียเวลาในการเข้ารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพ นอกจากนี้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น ผู้ใช้บริการสามารถสื่อสารแบบสองทางกับเจ้าหน้าที่เพื่อขอคำปรึกษา จากเหตุผลที่กล่าวมาทำให้เจ้าหน้าที่รับรู้ประโยชน์ของต้นแบบนวัตกรรมในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจนำไปใช้ในอนาคตมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายสุขภาพจากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีการเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ผ่านระบบแอปพลิเคชันตามนโยบายสาธารณสุขที่ไม่สามารถเชื่อมข้อมูลกับระบบ“SMARTCARE-Telehealth” ได้ ปัญหาระบบสัญญาณอินเตอร์เน็ตไม่เสถียร และจากการสังเกต หากมีการลงข้อมูลผิดพลาด ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้ทันที ต้องประสานผู้พัฒนาโปรแกรมในการแก้ไขข้อมูล จากปัญหาและอุปสรรคที่กล่าวมา อาจเป็นเหตุผลให้เจ้าหน้าที่ไม่มั่นใจในด้านความพร้อมและความยั่งยืนในการนำไปใช้ในอนาคต สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ พบว่า นโยบายสุขภาพ การประสานความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ และระบบโครงสร้างที่มีความพร้อม มีความสำคัญต่อการประยุกต์ใช้ระบบบริการสุขภาพทางไกลในพื้นที่[27]

นวัตกรรม “SMARTCARE-Telehealth” มีจุดเด่นคือ (1) ระบบแจ้งเตือนเจ้าหน้าที่กรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือมีการบันทึกข้อมูลใหม่ การประมวลผลข้อมูลแบบเวลาจริงและการวิเคราะห์ความเสี่ยงของผู้สูงอายุได้ทันที (2) ระบบถูกออกแบบส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกครอบครัวสามารถลงทะเบียนในระบบเดียวกันได้ (3) นวัตกรรมมีการเชื่อมต่อระบบบริการฉุกเฉิน 1669 กรณีขอความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน (4) มีคลังความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ออกแบบภายใต้การสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุและบริบทพื้นที่ และสามารถเป็นแหล่งความรู้แก่อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ และ (5) ระบบการคัดกรองสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุทำให้ทราบข้อจำกัดในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเชิงรุก เช่น ความจำ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมองเห็นและภาวะซึมเศร้า เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongchai and Sudnongbua[28] พบว่า ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองมีแนวโน้มเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตัดสิน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Majavong[24] พบว่า การเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมารับบริการด้วยอาการไม่เฉพาะเจาะจงกับความเจ็บป่วย ทำให้มีโอกาสวินิจฉัยปัญหาผิดพลาดได้ ดังนั้นในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องประเมินควบคู่กับกลุ่มอาการสูงอายุ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ (1) การคัดกรองสุขภาพมีหลายหมวดหมู่ ทำให้ใช้เวลานาน (2) การบันทึกข้อมูลอาหารในแอปพลิเคชันไม่ครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถกำกับติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ และ (3) การทดลองใช้ต้นแบบนวัตกรรมฯ มีระยะเวลาจำกัด และการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ ทำให้การศึกษามีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ

สรุป

ต้นแบบนวัตกรรม SMARTCARE-Telehealth สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเชื่อมโยงการดูแลจากศูนย์บริการสุขภาพ ครอบครัว โรงพยาบาล และระบบบริการฉุกเฉิน (1669) ผ่านระบบบริการหลัก ได้แก่ การคัดกรอง การให้บริการสุขภาพ การติดตาม และการให้คำปรึกษา โดยระบบทำงานประสานกันกับแอปพลิเคชัน

สำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ SMARTCARE App สำหรับผู้สูงอายุ คือ SMART MEs App และระบบแจ้งเตือนเจ้าหน้าที่ คือ SMART MEs Alert

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรอบรมเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพที่เฉพาะกับผู้สูงอายุ ร่วมกับการคัดกรองระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการวินิจฉัยความผิดปกติที่เชื่อมโยงกับ โรคหลอดเลือดสมอง และทราบข้อจำกัดในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ใช้งานเกี่ยวกับประโยชน์และการใช้งานระบบบริการสุขภาพทางไกล เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้

2. ควรมีการปรับปรุงนวัตกรรมให้เหมาะสมกับบริบท โดยปรับการบันทึกอาหารให้ง่ายและเหมาะสมกับธรรมชาติของผู้สูงอายุ

3. ควรศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบผลของการใช้ต้นแบบนวัตกรรมการจัดการตนเองโดยผสมผสานการบริการสุขภาพทางไกลในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เพิ่มระยะเวลาในการทดลองใช้ ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการวิจัย ได้แก่ เขียนโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูล ประมวลผล และเขียนบทความวิจัยตามแนวทางที่วารสารกำหนด ตรวจสอบความถูกต้องของบทความวิจัย

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ในการวิจัยนี้

แหล่งทุนสนับสนุน

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม สำนักวิจัยแห่งชาติ ผ่านคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการทุกท่าน ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยระบบการป้องกันและดูแลผู้บาดเจ็บและฉุกเฉิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons. Situation of the Thai older persons 2023 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security; 2024 [cited 2025 April 25]. Available from: https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_1.pdf
2. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Socie. The 2024 survey of the older persons in Thailand [Internet]. Bangkok: Health and Social Statistics Group, Social Statistics Division, National Statistical Office; 2025 [cited 2025 April 25]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/ survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
3. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. Lancet Neurol. 2019; 18(5): 439-58. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30034-1.
4. Thanajindawon E, Lohasiriwat P, Juisakul K, et al. A review: Stroke in the elderly in Thailand: A comprehensive review of epidemiology in elderly people, risk factors, and prevention. IJSRED. 2023; 6(5): 275-85.
5. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable disease (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. Dis Control J. 2017; 43(4): 379-90. doi: 10.14456/dcj.2017.4. Thai.
6. Hoikum A, Piyabanditkul L, Kittipichai W. Factors predicting the occurrence of stroke in hypertensive patients in KhonKaen province. J Hlth Sci Res. 2020; 14(2): 82-92. Thai.
7. Singh JN, Nguyen T, Kerndt CC, et al. Physiology, blood pressure age related changes. [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls; 2019 [cited 2024 Dec 15]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537297/

8. Kaewbangpood T, Suwanno J, Thiamwong L. Predictors of the ten-year risk level for developing coronary heart disease in rural older adults. Journal of Nursing and Health Care. 2015; 33(3): 174-84. Thai.
9. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. Circ Res. 2017; 120(3): 439-48. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308413.
10. Sompol C, Rawiworakul T, Kirdmongkol P. Effect of a stroke revention program for older adults with hypertension. JHNR. 2017; 31(Suppl): 57-73. Thai.
11. Khiawkhwao P, Thiangtham W, Boonyamalik P. The effect of the cerebral vascular disease prevention program in high risk group patients. JHNR. 2019; 35(3): 120-32. Thai.
12. Loussug W, Lawang W. Homsin P. The effects of application of the health belief model with family support program on preventive behaviors against cerebrovascular disease among individuals at risk. JONAE. 2019; 12(4): 32-45. Thai.
13. Kruse CS, Karem P, Shifflett K, et al. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. J Telemed Telecare. 2018; 24(1): 4-12. doi: 10.1177/1357633X16674087.
14. Songkhla Statistic Office. Elderly issues 2023 [Internet]. Songkhla Prinvincial Public Health Office; 2023 [cited 2025 April 25]. Available from: https://songkhla.nso.go.th/statistical-information-service/ infographic-interactive/interactive-dashboard/%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8% AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8.html
15. Promnoi C, Kitrungrote L, Somsiri V, et al. Development of telehealth led self-management in older patients with high risk of stroke. Chiang Mai: Siampimnana; 2022. Thai.
16. Lee AY, Wong AK, Hung TT, et al. Nurse-led telehealth intervention for rehabilitation (telerehabilitation) among community-dwelling patients with chronic diseases: Systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2022; 24(11): e40364. doi: 10.2196/40364.
17. Park HY, Yeom IS, Kim YJ. Telehealth interventions to support self-care of stroke survivors: An integrative review. Heliyon. 2023; 9(6): e16430. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e16430.
18. Wattana C. Self-management support strategies for promoting disease control. JPNC. 2015; 26(Suppl. 1): 117-27. Thai.
19. Khemapech I, Sansrimahachai W, Toachoodee M. Telemedicine–meaning, challenges and opportunities. Siriraj Med J. 2019; 71(3): 246-52.
20. Kanjanawasee S. Research and development for Thai education. Silpakorn Educational Research Journal. 2016; 8(2): 1-7.
21. Department of Disease Control. Guidelines for data analysis, health screening, and risk behavior for non-communicable diseases (online survey) [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2023 Dec 16]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1435120230608073034.pdf
22. Ruamwong N, Boonlue O, Lekwong S, et al. An effect of the self-management program on health behaviors to decrease the CV risk score in patients with hypertension. JOPN. 2020; 12(1): 128-37. Thai.
23. Pragodpol P. The effect of the stroke warning signs program on stroke's awareness, knowledge, and practice to decrease the stroke risk in hypertensive patients. Journal of Phrapokklao College. 2019; 30(2): 88-100. Thai.
24. Majavong M. Stroke in the elderly. J Thai Stroke Soc. 2019; 18(1); 59-74.
25. Sritara P, Tatsanavivat P, Tunlayadechanont S, et al. Thai CV risk score [Internet]. Bangkok: Mahidol University; 2015 [cited 2021 Aug 1]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_ risk/thai_cv_risk_score/
26. Departmemt of Medical Services, Ministry of Public Health. Manual of screening and Health Assessment of Older Adults 2021 Ministry of Public Health. Bangkok: Nachanta Creation; 2021.
27. Lestari HM, Miranda AV, Fuady A. Barriers to telemedicine adoption among rural communities in developing countries: A systematic review and proposed framework. CEGH. 2024; Jun 12: 101684. doi: 10.1016/j.cegh.2024.101684.
28. Thongchai S, Sudnongbua, S. Factor predicting health literacy towards prevention of stroke among elderly people with high blood pressure in Nakhon Sawan Province. Dis Control J. 2023; 49(1): 137-48. doi: 10.14456/dcj.2023.12.Thai.