



วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

JNRIH

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2568 |

Vol 37 No. 1 January-June 2025

ISSN 3056-9893 (Online)

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health



วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2568

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ
เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ
ในสาขาพยาบาลศาสตร์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน
Journal of Nursing Research, Innovation, and Health
is a peer-reviewed journal, published academic papers
in nursing science.

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเสนอวิทยาการก้าวหน้าทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 2. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่งานวิจัยที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล
 3. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 4. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน
- กำหนดออก** ทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน และ ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม
- เจ้าของ** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
E-Mail : jnsu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร 02-218-1130
- พิมพ์ที่** สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2568

ที่ปรึกษา (Editorial advisor)

ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต (Prof. Dr. Ratsiri Thato)

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดี (Assoc.Maj. Gen. Dr. Saisamorn Chaleoykitti)

บรรณาธิการ (Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล (Assist. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanat Nunthaitaweekul)

กองบรรณาธิการ (Editorial board)

ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทยานนท์ (Prof. Dr. Pranorm Otaganon)

ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์ (Prof. Dr. Veena Jirapaet)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียมล รัชกุล

(Assist. Prof. Dr. Pregamol Rutchanagul)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พงผกา กริทอง

(Assist. Prof. Dr. Puangpaka Kreethong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทกานต์ กาญจนเวทังค์

(Assist. Prof. Dr. Jantakarn Kanjanawetang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คัทลียา ศิริภัทรากุล แสนหลวง

(Assist. Prof. Dr. Cattaliya Siripattarakul Sanluang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา อุรัตนมณี

(Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.สุฤดี อึ้งสูงคารสกุล

(Assist. Prof. Pol.Col. Dr. Sookruadee Thutsaringkarnsakul)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาโลโสภณ

(Assist. Prof. Dr.Thanakorn Panyasaisophon)

Dr. Virya Koy

Dr. Maneewan S. Seay Florida (Part time)

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์

(Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

(Assist. Prof. Dr. Pennapa Dangdomyouth)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์

(Assist. Prof. Dr. Sunida Preechawong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง

(Assist. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring)

นายรัชกฤศ ยูพากิ่ง

(Mr. Ratchakris Yupaking)

ผู้จัดการ (Manager)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล

(Assist. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanat Nunthaitaweekul)

เลขานุการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง

(Assist. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring)

กองจัดการ

นายรัชกฤศ ยูพากิ่ง (Mr. Ratchakris Yupaking)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นักวิชาการอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการุณย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

Deputy Director of Department of Hospital Services Chief Nursing

Officer/Nursing Focal Person in Cambodia for WHO-WPRO

Wikes University at Pennsylvania and South University,

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารฯ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย The Journal of Nursing Science is a peer-reviewed journal, ideas and opinions expressed in are those of the authors and not necessarily those of the editor and the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2568

สารบัญ	หน้า	Contents
บทความวิจัย	Page	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมฉวยโรค	1	Factors related to treatment adherence among people with HIV/TB co-infection
ปริญญดา เปการี		Parinyada Paekaree
ศรินภา จิตติมนะ		Sirinapha Jittimanee
สุรพร ธนศิลป์		Sureeporn Thanasilp
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	14	Selected factors related to resilience among older persons with stroke
ณิรินทร์ญา ปิยะพีรกาญจน์		Nirinya Piyapeerakan
ศิริพันธุ์ สาสัตย์		Siriphan Sasat
การพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับไขมันความหนาแน่นต่ำของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง	28	Development and evaluation of a health literacy promotion program using line application on self-care behavior and lower low-density lipoprotein levels in persons with chronic coronary syndrome
ชัชพงศ์ สมุทรอาลัย		Chatchapong Samutalai
รัตน์ศิริ ทาโต		Ratsiri Thato
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ	41	Factors Associated with Health-related Quality of Life among COVID-19 Survivors after Hospital Discharge
จิราวัฒน์ ขันติยะบุตร		Jirarat Khantiyabot
ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร		Pinhatai Supametaporn
สุรพร ธนศิลป์		Sureeporn Thanasilp

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2568

สารบัญ

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการรวมกับการบริหาร
กาย-จิตแบบซิงก์ต่ออาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่
หลับและอาการวิตกกังวล ในผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้
รับยาเคมีบำบัดแบบเสริม

อรุณศรี สารธิมา

นพมาศ พัดทอง

หน้า Contents

Page

55 The effect of symptom management
program combined with qigong on a symptom
cluster of fatigue insomnia and anxiety in
breast cancer persons undergoing adjuvant
chemotherapy

Arunsri Sarnthima

Noppamat Pudtong

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณา
การกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม
เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ศิริพร พึ่งตน

สุดาพร สถิตยุดธการ

70 The effect of family psychoeducation
integrated with line application program on
medication adherence behavior among
persons with schizophrenia in community

Siriphon Phuengton

Sudaporn Stithyudhakarn

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลาง
ในโรงพยาบาล

นวกัทธ คงดี้

ศิริพันธ์ุ สาสด์

84 Selected factors related to the rehabilitation
needs of older persons with dependency
entering intermediate care in hospitals.

Nawapat Kongdee

Siriphan Sasat

ผลของโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย ต่อภาวะซึม
เศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน

รดา วงษ์ศรี

ระพีณ ผลสุข

96 The effect of aromatherapy on depression
among patients with post acute myocardial
infarction

Rada Wongsri

Rapin Polsook

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรมและสุขภาพ (Journal of Nursing Research, Innovation, and Health: JNRIH) ISSN 3056-9893 (Online) ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 (2568) ยังคงคำนึงถึงคุณภาพความรู้ เช่นเดิม ถึงแม้ว่าวารสารจะถูกพิจารณาคุณภาพจาก TCI ให้อยู่ในกลุ่ม 3 (2568-2572) โดยบทความวิชาการและบทความวิจัยได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blinded)

วารสารฉบับนี้ ได้นำเสนอบทความวิจัยจำนวน 8 เรื่องที่หลากหลายน่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์กองบรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรมและสุขภาพ ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร สามารถส่งบทความวิชาการ (article) รายงานการวิจัย (research article) บทความงานสร้างสรรค์ (creative article) บทความปริทัศน์ (review article) บทความการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (metanalysis article) บทความพิเศษ (special article) เพื่อตีพิมพ์ โปรดส่งผ่านระบบวารสาร online ของ Thaijo และ Scholar one สามารถสอบถามรายละเอียดการส่งบทความได้ที่กองจัดการวารสาร โทร 02-218-1129, Email: JNRIH@chula.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรมและสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้สนับสนุนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสร้างสรรค์บทความพิจารณากลั่นกรอง ให้ข้อเสนอแนะบทความเพื่อให้มีผลงานที่มีคุณภาพ เป็นแหล่งองค์ความรู้ และเชื่อมโยงการนำความรู้ สู่การปฏิบัติจริง สร้างเครือข่ายความร่วมมือในองค์กรทางการศึกษา วิชาการ และวิจัย เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สังคมและโลกอย่างยั่งยืนต่อไป

ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ นันไทยวิกุล
บรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์



บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

ปริญญดา เปกาโร* ศิริินภา จิตติณิ** และ สุริพร ธนศิลป์***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและเป็นวัณโรค มีอายุตั้งแต่ 20 -59 ปี จำนวน 84 ราย จากคลินิกยาต้านเอชไอวีและคลินิกโรคปอด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค และแบบประเมินการตีตราภายในตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามขณะมารับการรักษา ณ คลินิกยาต้านเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย มีระดับความร่วมมือในการรักษาโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 56.23$, $SD = 6.81$) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .218$) และ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.311$) แต่ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค ($r = .189$) และ การตีตราภายในตนเอง ($r = -.119$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมในการพยาบาล การส่งเสริมพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรักษา/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค/ ความร่วมมือในการรับประทานยา

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม)

*** รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Factors related to treatment adherence among people with HIV/TB co-infection

Parinyada Paekaree* Sirinapha Jittimanee** Sureeporn Thanasilp***

Abstract

Purpose: To investigate the treatment adherence and factors related to treatment adherence among people with TB/HIV co-infection.

Design: Descriptive correlational research

Methods: The sample group consisted of people who diagnosed with TB/HIV aged 20-59 years old 84 individuals from 3 tertiary hospitals in Bangkok. The research instruments demographic data, the ENRICH Social Support Questionnaire, the Alcohol Use Disorders Identification Test, knowledge about HIV/TB treatment questionnaires, the Thai Internalized HIV-related Stigma Scale brief, and Treatment Adherence Questionnaires for Patients with Hypertension. Data collection occurred from January to May 2024 at antiviral clinics during participants' medical appointments. Data were analyzed using Pearson's correlation and Spearman's correlation.

Results: Treatment adherence in the sample group of 84 peoples was high (Mean = 56.23, SD = 6.218). There was a significant positive relationship between social support and treatment adherence at the level of .05 ($r = .218$), and a significant negative relationship between alcohol consumption and treatment adherence at the level of .05 ($r_s = -.311$). However, no significant relationships were found between knowledge about HIV/TB treatment ($r = .189$), Internalized stigma ($r = -.199$) and treatment adherence.

Conclusion: the finding result could be serve as guidelines to develop nursing program to promote Treatment adherence in people with TB/HIV co-infection.

Keywords: Treatment adherence/ People with TB/HIV co-infection/ Medication adherence



บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก พ.ศ. 2566 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 39 ล้านราย¹ โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคเสียชีวิต จำนวน 250,000 ราย² ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 30 ประเทศที่มีปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคในระดับรุนแรง² ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมจำนวน 560,000 ราย และในปี 2566 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 78,955 ราย โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค 5,467 ราย³

การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคสามารถรับประเภทยาทั้งสองโรคพร้อมกันได้ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ผู้ป่วยรับประเภทยาวันละ 1 มื้อ โดยเฉลี่ย มื้อละ 1-2 เม็ด สำหรับการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคแนวที่ 1 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน ดังนั้นพฤติกรรม的自我ดูแลเองให้รับประเภทยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรคให้ถูกต้องทั้งชนิด จำนวน ขนาด อย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรักษาวัณโรคหาย และป้องกันการดื้อยา^{4,6}

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประเภทยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา การมาพบแพทย์ตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่เกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ⁵ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค จำเป็นต้องรับประเภทยาและปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิต ไปโรงพยาบาลบ่อยขึ้น เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านเอชไอวีมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากปฏิกิริยาระหว่างยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาความร่วมมือในการรักษาวัณโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคในประเทศโปรตุเกสพบร้อยละ 67.1⁷ การประเมินความร่วมมือในการรักษา

จากการมาตรวจตรงตามวันนัดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า มาตรวจตรงตามวันนัดเพียงร้อยละ 21.56⁷ นอกจากนั้นยังพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคใดโรคหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม Isaakidis et al. (2013) ศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ในเมืองมูมบา ประเทศอินเดีย พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสำคัญและส่งเสริมทางบวกต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ดื้อยาในประเทศอินเดีย⁸ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาของ Mekonnen & Azagew (2018) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาวัณโรค (aOR 4.60, 95% CI 1.63-12.97)¹⁰ ความรู้เกี่ยวกับการรักษา การศึกษาของ Martiana et al. (2019) พบว่าความรู้ในเรื่องของยาต้านเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประเภทยาต้านเอชไอวี (OR = 2.82, p = .010)¹¹ และการติดยาในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประเภทยาต้านเอชไอวีในชายรักชาย (p = .043)¹¹

จากสถานการณ์ประเทศไทยที่ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคยังคงอยู่ในระดับรุนแรง เป็นประเทศที่มีภาระการป่วยวัณโรคสูง (High Burden Country)² ในขณะที่การศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทยมีน้อยมาก และการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักเป็นการศึกษาในทวีปแอฟริกาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสำหรับประเทศในทวีปเอเชีย ระบบสุขภาพ วัฒนธรรม และการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคในสังคมอาจแตกต่างจากประเทศในทวีปแอฟริกา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงประโยชน์ในการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคในบริบทของประเทศไทย เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีสัมพันธ์ภาพใกล้ชิดผู้ป่วย ส่งผลให้ลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค และลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคได้



กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากแนวคิด 5 มิติของความร่วมมือในการรักษา (The five dimensions of adherence) ของ World Health Organization (2003, p.3)⁶ ประกอบด้วย 1) มิติทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม 2) มิติทางด้านอาการความเจ็บป่วย ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) มิติทางด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค และการติดตามภายในตนเอง โดยมีมิติด้านระบบสุขภาพ และมิติด้านการรักษา ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากในมิติด้านระบบสุขภาพและการรักษาจะต้องครอบคลุมปัจจัยที่ซับซ้อน เช่น โครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ นโยบายระดับชาติ และการเข้าถึงบริการ ซึ่งอยู่นอกเหนือขอบเขตการศึกษาในครั้งนี้ กรอบแนวคิดในการศึกษาแสดงในแผนภาพที่ 1 ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค และการติดตามภายในตนเอง

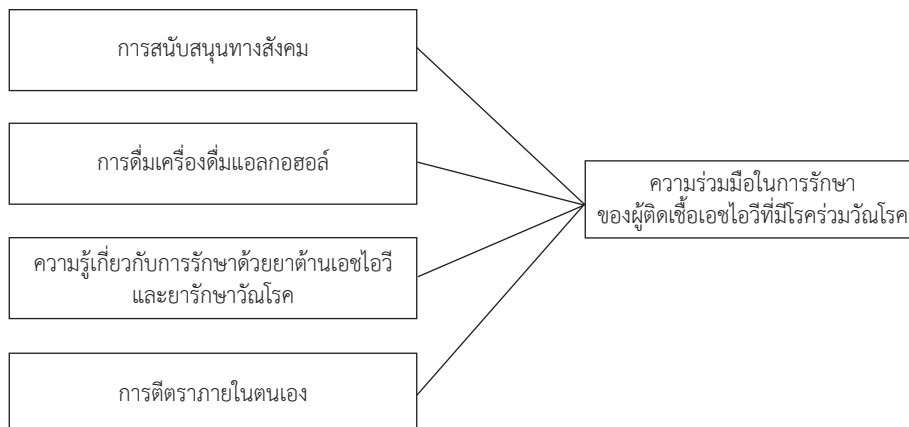
สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการติดตามภายในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study design) รวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม และข้อมูลจาก



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



เวชระเบียนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปี ถึง 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care hospital) ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและพร้อมด้วยเทคโนโลยีในการรักษาผู้ป่วยในระดับที่ซับซ้อน การเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมินี้ เป็นเพราะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประเภทนี้มักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567- พฤษภาคม 2567 (รวม 5 เดือน)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และยารักษาวัณโรคพร้อมกัน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและเป็นวัณโรค มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี (เนื่องจากหากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความจำเป็นจะต้องประเมินด้วยแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination: MMSE) เพิ่ม จึงจำกัดการศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่เท่านั้น) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อยู่ระหว่างการรักษาด้านเอชไอวี และยารักษาวัณโรคพร้อมกัน มาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน จากคลินิกทางด้านเอชไอวีและคลินิกโรคปอด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณ

ด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.9.2 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร โดยกำหนดขนาดอิทธิพล .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 ผลการคำนวณเท่ากับ 84 ราย โดยทั้งนี้ไม่ได้เพิ่มจำนวนการสุ่มหา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหายาก จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดจำนวน 84 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ เนื่องจากสูตรในการรับประทานยาแตกต่างกันจากผู้ป่วยทั่วไป
- 2) สามารถพูดคุยนสื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ
- 4) อยู่ระหว่างการรักษาด้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรคพร้อมกัน และได้รับการรักษาดังกล่าวมาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคขณะตอบแบบสอบถาม เช่น ใจมาก หอบเหนื่อย หรือมีอาการไม่สบายของร่างกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา รวบรวมจากการตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยรวบรวมจากเวชระเบียน
- 2) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ประยุกต์มาจากแบบประเมินความร่วมมือในการ



รักษาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง Treatment Adherence Questionnaires for Patients with Hypertension: TAQPH¹² มีจำนวน 28 ข้อคำถาม ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตัดข้อคำถามที่มีความเจาะจงในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง และข้อคำถามซึ่งมีความซ้ำซ้อนในแบบ ประเมินอื่น ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ออกไป ได้จำนวน ข้อคำถามที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 17 ข้อ คะแนนสูงหมายถึง ผู้ประเมินมีระดับความร่วมมือในการ รักษาสูง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยผู้แปลด้านสุขภาพจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งนี้การตัดข้อคำถามและ การแปลเครื่องมือผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือ แล้ว หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความ เทียบเท่ากับ .85

3) การประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้ The ENRICH Social Support Questionnaire: ESSI ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบ Rating scale 5 ระดับ (1-5 คะแนน) โดยคะแนนระดับสูง แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง โดยแบบ ประเมินนี้แปลเป็นฉบับภาษาไทยแล้ว โดย พวงผกา กรีทอง (2550)¹³ ผลการตรวจสอบความเที่ยง มีค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .93

4) การประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ The Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT พัฒนาโดย Saunders et al. (1993) และแปล เป็นภาษาไทยโดย ปิรทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์¹⁴ มีจำนวน 10 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัด แบบ Rating scale 5 ระดับ (0-4 คะแนน) โดยผลการ ตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

5) การประเมินความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย ยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค ใช้แบบประเมินที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองใหม่ ประยุกต์มาจากการศึกษาที่ผ่าน มาในประเทศไทย¹⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรมใน ต่างประเทศ แบ่งเป็น ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการรักษา

จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ ด้วยตนเองเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามมี 2 คำตอบ คือ ใช่/ ไม่ใช่ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน แบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ ความรู้ของ Bloom (1956) ได้แก่ ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-70) และ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

6) แบบประเมินการตีตราภายในตนเองในผู้ติด เชื้อเอชไอวีฉบับภาษาไทย The Thai Internalized HIV-related Stigma Scale brief: Thai-IHSS brief พัฒนาโดย Uthis et al. (2023)¹⁶ มีจำนวน 8 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบ Rating scale 4 ระดับ 1-4 คะแนน โดยคะแนนระดับสูง แสดงถึงผู้ประเมินมีการตีตราภายใน ตนเองในระดับสูง ผลการตรวจสอบความเที่ยง มีค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะ กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่ม สหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ โครงการวิจัย COA No. 220/66 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2566 คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่โครงการวิจัย Nq089-66 วันที่รับรอง 26 ธันวาคม 2566 คณะกรรมการวิจัยและ จริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ โครงการวิจัย 67-2-004-0 วันที่รับรอง 19 ธันวาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่โครงการวิจัย U003hh/67 วันที่ รับรอง 17 เมษายน 2567 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกราย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับการ การวิจัยครั้งนี้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจาก



การวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับบริการทางสุขภาพ และข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ณ โรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษา 1 แห่ง เพื่อทดสอบความเข้าใจภาษา

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกยาดานเอชไอวีและคลินิกโรคปอด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นสถานศึกษาทั้ง 3 แห่ง ตั้งแต่เดือน มกราคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2567 ในเวลาราชการ วันจันทร์-พฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 8.00-15.00 น. ในขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์หรือหลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว

3. ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกยาดานเอชไอวีและคลินิกโรค เชิญชวนผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ในวันที่มีนัดพบแพทย์ ในช่วงระหว่างรอเข้าพบแพทย์เพื่อเข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าพบผู้ป่วยได้ เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วย หากยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเปิดเผยตัวตนกับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงขอเข้าพบเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัย เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจยินยอมแล้ว จึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

4. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และมอบค่าเสียเวลาจำนวน 100 บาท ให้เพื่อเป็นการขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อดำเนินการรวบรวมข้อมูลครบ 84 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เชิงสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรค โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ข้อมูล การสนับสนุนทางสังคม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาดานเอชไอวีและยารักษาวัณโรค การตีตราภายในตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค วิเคราะห์เป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาดานเอชไอวีและยารักษาวัณโรค การตีตราภายในตนเอง กับ ตัวแปรความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรค ได้ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยก่อนการวิเคราะห์ ได้ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลและพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

4) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับตัวแปรความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ได้ใช้สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ

5) ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนี้ ค่า $r/r_s = .10-.29$: มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ/ ค่า $r/r_s = .3-.49$: มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง/ ค่า r/r_s ตั้งแต่ .05 ขึ้นไป : มีความสัมพันธ์ระดับสูง



ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 70.20 เพศหญิง ร้อยละ 29.80 มีอายุในช่วง 40-49 ปี ($\bar{X} = 42.42$, $SD = 10.99$) สำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.30 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 48.80 โดยมาก ร้อยละ 32.10 มีรายได้ต่อเดือน ไม่พอใช้จ่าย การประกอบอาชีพ โดยมากทำงานมีเงินเดือน ร้อยละ 29.80 ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 66.70 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค และได้รับการรักษามาแล้วเป็นระยะเวลา ไม่ถึง 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.50

2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับความร่วมมือในการรักษาโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 56.23$, $SD = 6.81$) โดยเมื่อพิจารณาเมื่อแยกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยามีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 30.56$, $SD = 2.78$) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.67$, $SD = 5.16$)

3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .218$) และ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.311$)

4. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค ($r = .189$) และ การติดตามภายในตนเอง ($r = -.199$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 56.23$, $SD = 6.81$) โดยองค์ประกอบในส่วน ของ ความร่วมมือในการรับประทานยา มีคะแนน

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค การติดตามภายในตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค โดยแยกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความร่วมมือในการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($n = 84$)

ตัวแปร	ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค					
	ความร่วมมือในการรับประทานยา		การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		ภาพรวม	
	r/r_s	p-value	r/r_s	p-value	r/r_s	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.117 ^a	>.05	.224 ^a	<.05	.218 ^a	.046
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค	.223 ^a	<.05	.123 ^a	>.05	.189 ^a	.085
การติดตามภายในตนเอง	-.115 ^a	>.05	-.20 ^a	>.05	-.119 ^a	.070
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-.312 ^b	<.01	-.285 ^b	<.01	-.311 ^b	.004

^a Pearson's correlation coefficient. ^b Spearman's rank correlation coefficient. Significant level at .05



เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 30.56$, $SD = 2.78$) สามารถอธิบายได้ว่า สำหรับความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคส่วนใหญ่ต้องการหายขาดจากการเป็นวัณโรคโดยเร็ว จึงมักรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และได้รับความช่วยเหลือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด หรือการติดตามมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามการรักษาและรับยาต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำแผนกยาต้านเอชไอวีหรือแผนกวัณโรคที่รับการรักษาอยู่ประจำ เช่น ในโรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษา 1 แห่ง มีการจดเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ และโทรศัพท์ติดตามก่อนวันนัด 1 วัน อีกทั้งยังมีการนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีารับประทานเพียงพอเสมอ อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนเมื่อรับประทานไปสักระยะหนึ่ง ไม่เกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านเอชไอวีหรือยารักษาวัณโรค จึงไม่มีผลที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาไป และในส่วนองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.67$, $SD = 5.16$) โดยในการศึกษาครั้งนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ประกอบไปด้วย การบริโภคสิ่งที่มีสารกระตุ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลายรายไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มกาแฟ ทำให้มีคะแนนในส่วนดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ที่สูง การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายที่มีคะแนนประเมินอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง อธิบายได้ว่า ในส่วนของการควบคุมน้ำหนัก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคส่วนใหญ่ ในระยะแรกที่ได้รับการรักษามักจะมีอาการเบื่ออาหารและมีอาการน้ำหนักลด ทำให้ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมอาหารหรือควบคุมน้ำหนัก สำหรับในด้านของการออกกำลังกาย มีกลุ่มตัวอย่างหลายรายที่แม้จะป่วยเป็นวัณโรค แต่ไม่สามารถหยุดการทำงานได้เพราะจะทำให้สูญเสียรายได้ หรือบางรายค่อนข้างอ่อนเพลียจากอาการป่วยวัณโรคและจากผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรค จึงไม่สามารถออกกำลังกายได้ การจัดการความเครียด พบว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างบาง

รายที่อยู่ในระยะ 1-3 เดือนแรกที่ได้รับยารักษาวัณโรค อาจมีอาการอ่อนเพลียในระยะแรกของการได้รับยารักษาวัณโรค จึงจำเป็นต้องมีการพักผ่อนที่เพียงพอ บางรายหยุดงานเพื่อมาพักรักษาตัวที่บ้าน ดังนั้นจึงอาจมีผลทำให้คะแนนในส่วนดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ที่สูง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า โดยภาพรวมจากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค มีระดับความร่วมมือในการรักษาที่ดีโดยเฉพาะในด้านของการรับประทานยาตามแผนการรักษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค การติดตามภายในตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ($r = .218$, $p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($r = .224$, $p < .05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคหลายราย มีอาการอ่อนเพลียจากยารักษาวัณโรคร่วมกับยาต้านเอชไอวีและยังไม่สามารถปรับตัวกับผลข้างเคียงจากยาดังกล่าวได้ อีกทั้งจำเป็นต้องมีการหยุดงานเพื่อพักรักษาตัวจากการป่วยเป็นวัณโรค ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การดูแลเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา การช่วยดูแลควบคุมอาหาร การพาไปตรวจรักษาตามนัด หรือการช่วยงานบ้านในชีวิตประจำวัน จะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค มีความร่วมมือในการรักษาที่ดีได้

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใน



ระดับปานกลาง ($r_s = -.311, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับทั้ง 2 องค์ประกอบของความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรค คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา ($r_s = -.312, p < .01$) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($r_s = -.285, p < .01$) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคส่วนใหญ่ มีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยงต่ำ (0-7 คะแนน) ถึงร้อยละ 90.5 โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เพราะต้องการหายขาดจากการป่วยเป็นโรคโดยเร็ว มีบางรายที่ปกติดื่มสุราเป็นประจำ แต่ดื่มน้อยลงแต่เริ่มรักษาโรค หรือบางรายโดยปกติไม่เป็นผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว โดยมีเพียงร้อยละ 9.5 ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยง (8-15 คะแนน) ซึ่งทั้งนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถส่งผลกระทบต่อการรักษาได้ เนื่องจากทำให้ขาดวินัยในการรับประทานยาจากอาการเมาสุรา สอดคล้องกับการศึกษาโดย Rynhoud & Kagee (2024)¹⁷ ในผู้ป่วยโรคจากประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตรายถึงร้อยละ 44 ซึ่งมีผลให้ขาดรับประทานยารักษาโรคตามแผนการรักษา ($OR = 2.06, 95\%, CI 1.02-5.08$)

ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาโรคกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .189$) ซึ่งไม่ไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แต่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = .223, p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 อยู่ในเกณฑ์ที่มีความรู้ดังกล่าวระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 15.74 คะแนน ($SD = 2.68$) อยู่ในเกณฑ์ที่มีความรู้

ดังกล่าวระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ซึ่งจากการสอบถาม เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องจะให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเป็นอย่างดีจนกว่าผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจ และในบางรายจะมีการไปหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและอาการดังกล่าวด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากประเทศมาเลเซีย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61.82 มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาเอชไอวีในระดับดี แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ดังกล่าวกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเอชไอวีตามแผนการรักษา ($r = 0.007, p = 0.959$)¹⁸

การตีตราภายในตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.119$) ซึ่งไม่ไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของการตีตราภายในตนเอง อยู่ที่ 15.32 คะแนน ($SD = 6.61$) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และจากการสอบถามเพิ่มเติมและสังเกตโดยผู้วิจัย พบว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคบางราย แม้จะมีระดับคะแนนการตีตราภายในตนเองในระดับสูง แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาจนถึงกับทำให้ขาดการมารับบริการทางสุขภาพเพื่อรับการรักษาด้านเอชไอวีหรือยารักษาโรค ในทางหนึ่งกลับทำให้ตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคมีความเคร่งครัดในการรับประทานยารักษาโรคและยาด้านเอชไอวีมากขึ้น เพราะต้องการหายขาดจากโรค ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อฉวยโอกาส เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงและไม่แสดงอาการว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งบางรายเลือกวิธีการไปรับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาโรคจากสถานพยาบาลที่อยู่ไกลจากละแวกที่พักอาศัยแทนเพื่อหลีกเลี่ยงการพบเจอผู้ที่พักอาศัยในพื้นที่เดียวกัน



สอดคล้องกับการศึกษาโดย Appalarouthu, Siriville & Othuri (2023)¹⁹ ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อภายในตนเองกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรคในประเทศอินเดีย ($p = 0.059$) ต่างจากการศึกษาของ Kipp et al. (2011) พบว่าการติดเชื้อภายในตนเอง ส่งผลให้เกิดการขาดการรับประทานยารักษาโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค ($aRR = 1.39$, 95% CI 1.13-1.72)²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนะนำวางแผนการพยาบาลสำหรับการสร้างความรู้ความเข้าใจสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค ในเรื่องของลักษณะอาการ การปฏิบัติตน หรือการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวีหรือยารักษาโรค โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก ซึ่งถ้าหากได้รับความรู้ความเข้าใจและการสร้างความตระหนักรู้เพียงพอกจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้

2. สนับสนุนให้ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา หรือการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมขณะพักรักษาตัวในสถานที่พักอาศัย เพื่อส่งเสริมการหายขาด คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันการกลับมาเป็นโรคซ้ำ และป้องกันการแพร่กระจายโรคสู่ผู้อื่น

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรคจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดกรุงเทพมหานครเท่านั้น ผลการวิจัยจึงอาจยังไม่มีความเหมาะสมในการอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรครายอื่น ๆ ที่เข้ารับบริการจากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิเป็นหลัก

2. กลุ่มตัวอย่างหาได้ค่อนข้างยาก หากต้องการจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น อาจต้องเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยที่เพิ่มขึ้น

บทสรุป

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค หรือองค์ประกอบอันใดอันหนึ่งของความร่วมมือในการรักษา คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาโรค และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนปัจจัยที่นำมาศึกษาแต่ไม่พบความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค ได้แก่ การรักษาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการติดเชื้อภายในตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินความร่วมมือในการรักษาจากข้อมูลปรนัย (Objective data) เพิ่มเติม เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การนับเม็ดยา หรือการนับวันที่มาตรวจตรงตามนัด เพื่อให้ได้น่าความเชื่อถือของผลการประเมินความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค เพิ่มเติม หรือทำการศึกษาในต่างภูมิภาค ที่มีความแตกต่างในด้านคุณลักษณะของประชากร หรือการเข้าถึงการรับบริการทางสาธารณสุข เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่มากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค

3. อาจเพิ่มการศึกษาลงลึกไปในกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ในเรื่องของสิทธิการรักษาที่ได้รับ และการบริการรักษาที่อาจมีแนวทางในการให้บริการควบคู่กันระหว่างคลินิกยาต้านเอชไอวีและคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสะดวกในการรับบริการ และมีการรักษาที่ไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัย สำหรับการทํารวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ อาสาสมัครผู้ยินดีสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัย

ทุกท่าน อีกทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้กล่าวถึง ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ประโยชน์อันใดที่เกิดจากงานวิจัยชิ้นนี้ ขอมอบให้ผู้ติดตามเชื้อเอชไอวี ที่มีโรคร่วมด้วยโรคทุกท่าน

References

1. UNAIDS. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023 [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023 [Internet]. (2023). Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>
3. Division of Tuberculosis (TH). Report of Tuberculosis surveillance in 2023. Bangkok; 2023. (In Thai)
4. Division of Tuberculosis. Guideline of Tuberculosis control in Thailand 2021. Graphic & Design publisher; 2021. (In Thai)
5. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. World Health Organization; 2003. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
6. Department of disease control. Guideline of examination treatment and protection from HIV Thailand 2021/2022. Graphic & Design publisher; 2022. (In Thai)
7. Rocha M, Pereira S, Ferreira L, Barros H. The role of adherence in tuberculosis HIV-positive patients treated in ambulatory regimen. European Respiratory Journal 2003; 21: 785-88.
8. Nhandara RBC, Ayele BT, Sigwadhi LN, Ozougwu LU, Nyasulu PS. Determinants of adherence to clinic appointments among tuberculosis and HIV co-infected individuals attending care at Helen Joseph Hospital, Johannesburg, South Africa. The Pan African Medical Journal. 2020; 37.
9. Isaakidis P, Rangan S, Pradhan A, Ladomirskas J, Reid T, & Kielmann K. 'I cry every day': experiences of patients co-infected with HIV and multidrug-resistant tuberculosis. Tropical Medicine & International Health 2013; 18: 1128-33.
10. Mekonnen HS, Azage AW. Non-adherence to anti-tuberculosis treatment, reasons and associated factors among TB



- patients attending at Gondar town health centers, Northwest Ethiopia. BMC Research Notes 2018; 11.
11. Martiana I, Waluyo A, Yona S. Assessing the relationship between knowledge of antiretroviral therapy and stigma regarding adherence to ART among men who have sex with men. Enfermeria Clinica 2019; 29: 321-325.
 12. Ma C, Chen S, You L, Luo Z, Xing C. Development and psychometric evaluation of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. Journal of Advanced Nursing. 2012; 68:1402-13.
 13. Krethong P. A casual model of health-related quality of life in thai heart failure patients [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (In Thai)
 14. World Health Organization. AUDIT: the alcohol use disorders identification test guideline for primary care 2nd edition. Thantawan paper inc.; 2001. (In Thai)
 15. Jittimanee SX, Nateniyom S, Kittikraisak W, Burapat C, Aksilp S, et al. Social Stigma and Knowledge of Tuberculosis and HIV among Patients with Both Diseases in Thailand. PLOS ONE. 2009; 4.
 16. Uthis P, Suktrakul S, Wiwatwongwana R, Tangmunkongvorakul A, Sripan P, Srithanaviboonchai K. The Thai Internalized HIV-related Stigma Scale. Frontiers in psychology 2023; 14.
 17. Rynhoud L, Kagee A. Prevalence of alcohol and drug use and their impact on adherence among hospitalised TB patients in South Africa. Journal of health psychology 2024.
 18. Yunita EP, Wardani RNK, Sidharta B. Correlation between knowledge level, side effect severity, family support, and antiretroviral therapy adherence in HIV/AIDS patients in Greater Malang, East Java, Indonesia. Pharmacia 2023; 70: 1213-22.
 19. Appalarouthu N, Sirivella A, Othuri SVS. Impact of Stigma and Level of Education on Adherence to Treatment with Both TB and HIV/AIDS in Tertiary Care Teaching Hospital, Andhra Pradesh: A Retrospective Observational Study. European Journal of Medical and Health Sciences 2023; 5: 74-8.
 20. Kipp AM, Pungrassami P, Stewart PW, Chongsuvivatwong V, Strauss RP, Van RA. Study of tuberculosis and AIDS stigma as barriers to tuberculosis treatment adherence using validated stigma scales. The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease 2011; 15: 1540-51.



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ณิรินทร์ญา ปิยะพิรกาญจน์* และ ศิริพันธุ์ สาส์ตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 93 คน ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดิแอล แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84, .85, .87, .80 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ค่า สหสัมพันธ์เพียร์แมนและสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: 1) ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 72.83$, $SD = 0.64$) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = .659, .620, .265$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.310, -.603$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เพศและสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สรุป: การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อาจพิจารณานำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์จากการค้นพบในการศึกษานี้ เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ/ ผู้สูงอายุ/ โรคหลอดเลือดสมอง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Selected factors related to resilience among older persons with stroke

Nirinya Piyapeerakan* and Siriphan Sasat**

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the relationships between selected factors and resilience among older persons with stroke.

Design: Descriptive research.

Methods: The sample consisted of 93 older persons who had experienced a first stroke and were outpatients at the medicine and surgery neurology departments of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Police General Hospital, and the Neurological Institute of Thailand. Instruments used for data collection included a demographic questionnaire, the MMSE-Thai 2002, the Barthel ADL Index, the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), the Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form, the Culture-Free Self-Esteem Inventory (CFSEI-2), and the Thai Elderly Resilience Scale. The reliability coefficients of these instruments were .84, .85, .87, .80, and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Eta coefficient, Spearman's rank-order correlation coefficient, and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Results: 1) Resilience among older persons with stroke was at a moderate level ($\bar{X} = 72.83$, $SD = 0.64$). 2) Factors positively associated with resilience included education level, self-esteem, and activities of daily living ($r = .659$, $r = .620$, and $r = .265$, respectively). 3) Factors negatively associated with resilience were depression and uncertainty in illness ($r = -.310$ and $r = -.603$, respectively). All correlations were statistically significant at the .05 level. 4) No significant correlations were found between gender or marital status and resilience.

Conclusion: Promoting resilience among older persons with stroke may benefit from addressing the identified associated factors. These findings can inform the development of interventions aimed at enhancing resilience in this population.

Keywords: Resilience/ Older persons/ Stroke

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(1) : 14-27

Article info: received June 10, 2024; revised February 24, 2025; accepted May 5, 2025

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
Piyapeerakan.n@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnansirisataphat Building, Pathumwan District, Bangkok 10330, Thailand.



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการหลังรอดชีวิตและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และพิการอันดับ 3 ของโลก¹ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบในผู้สูงอายุที่มีมากกว่า 75 ปี มากถึงร้อยละ 31² เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองผู้สูงอายุจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลือ เป็นภาระผู้อื่นและทุกข์ทรมานกายและใจ สูญเสียระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปรับตัวในทางบวกเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ยากลำบากจากการเจ็บป่วย ช่วยให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จัดการกับตนเอง และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ว่าจะมีความบกพร่องด้านสุขภาพ กระบวนการดังกล่าวเรียกว่า Resilience สำหรับภาษาไทยมีคำแปลที่หลากหลาย เช่น ความสามารถในการฟื้นพลัง ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความยืดหยุ่นทางจิตใจและอารมณ์ เป็นต้น⁴ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้คำว่า “ความเข้มแข็งทางใจ” เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรมีความเข้มแข็งและแข็งแกร่งเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข⁵

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ของ Grotberg (2003) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของมนุษย์ในการก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิต เพื่อให้สามารถปรับตัวและเผชิญก้าวผ่านภาวะความยากลำบากในชีวิตไปได้ดีนั้น มีองค์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) I am เป็น

ความเข้มแข็งภายในของบุคคลนั้นเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็ง 2) I can เป็นทักษะทางสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะแก้ปัญหา และ 3) I have เป็นปัจจัยภายนอกที่เกิดจากการเกื้อหนุนจากบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่น⁶ ความเข้มแข็งทางใจสามารถบรรเทาปัญหาทางด้านอารมณ์และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งทางใจช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและยอมรับกับภาวะทุพพลภาพของตนเองได้ สามารถต่อสู้กับโรค ให้ความร่วมมือในการรักษา และทำให้อาการดีขึ้น⁷

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงและสามารถจัดกระทำทางการแพทย์ รวมทั้งตัวแปรที่ต้องการการศึกษาให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยปัจจุบันในประเทศไทยพบการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ และถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่เป็นการศึกษาความเข้มแข็งทางใจที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจที่เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่จะนำไปสู่การจัดกระทำทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณลักษณะเชิงบวกในการเผชิญปัญหา และก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิตไปได้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

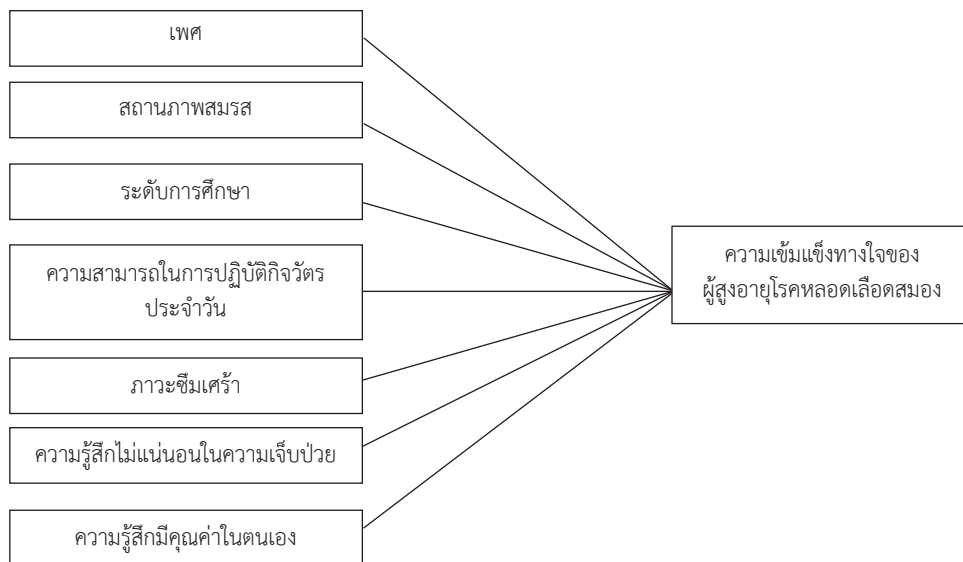


กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งมาเป็นกรอบในการวิจัย แต่ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและตัวแปรที่สามารถที่จะนำมาจัดกระทำทางการแพทย์เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมได้ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งตัวแปรที่ต้องการการศึกษาเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น และไม่ซ้ำซ้อนกับความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งทางใจอย่างไร
2. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และมารับการติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหน่วย โรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกอายุรกรรมระบบประสาท และแผนกประสาทศัลยศาสตร์ของโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบ/อุดตันและแตก ที่ได้รับการรักษาจนพ้น acute stage เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไปภายหลังการเกิดโรค
2. ไม่มีความพร้อมในการรู้คิด ประเมินโดยใช้แบบประเมิน MMSE-T โดยมีคะแนน 25 คะแนนขึ้นไป
3. สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้

4. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท

5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

มีภาวะวิกฤต เช่น อาการชัก หมดสติ ระดับ Glasgow Coma Scale < 8 คะแนน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับกลาง .30³ กำหนดอำนาจทดสอบ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์และป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 93 คน

กำหนดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนวณจากประชากรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาลและจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในเดือนที่ผ่านมา (พฤษภาคม 2566) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจมีจำนวนประมาณ 120 คนต่อเดือน สถาบันประสาทวิทยามีจำนวนประมาณ 280 คนต่อเดือน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวนประมาณ 200 คนต่อเดือน จากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแต่ละโรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (93)} \times \text{จำนวนผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (600)}}$$



การคำนวณตามสัดส่วนทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ดังนี้ สถาบันประสาทวิทยา 43 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 31 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เป็นแบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น ใช้แบบประเมิน MMSE-T (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น, 2542)

ชุดที่ 2 แบบประเมินที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเกิดโรค โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index) สร้างขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541) เป็นแบบประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุม การขับถ่ายอุจจาระ การควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 0-20 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมทางร่างกาย ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ 5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย 9-11 คะแนน หมายถึง

ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย เป็นแบบวัดที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยแปลมาจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage (1983) มีข้อคำถาม 30 ข้อ มาตรฐานประเมินแบบถูกผิด เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ดังนี้ 0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง 25-30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย (The Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community Form) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) มีข้อคำถาม 23 ข้อ คำตอบมาตรฐานวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามทั้งหมดมีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-115 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง แบ่งคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 23-53 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 54-84 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 85-115 คะแนน หมายถึง ระดับมาก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The Cultural-Free Self-Esteem Inventory: CFSEI-2) ของ Rosenberg (1965) ได้รับการแปลและแปลย้อนกลับโดย Sasat, Burnard, Edwards, et al. (2002) คำถามมีทั้งหมด 40 ข้อ แต่ละคำถามสามารถตอบว่า 'ใช่' หรือ 'ไม่ใช่' คะแนนรวม 0-40 คะแนน ดังนี้



0-8 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมาก 9-16 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ 17-24 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง 25-32 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง 33-40 คะแนน หมายถึง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมาก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Elderly Resilience Scale: TER scale) ของ Maneerat et al. (2011) พัฒนามาจากแนวคิดของ Grotberg (2003) มีข้อคำถาม 24 ข้อ โดยรวมอยู่ในช่วง 24-96 คะแนน ค่าตอบมาตรฐานวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยการแปลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 24-48 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ 49-72 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจปานกลาง 73-96 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจสูง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันประสาทวิทยาในวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ 041/2566) โรงพยาบาลตำรวจในวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ Nh073-66) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ COA No. 1479/2023) และได้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 20 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูล ได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอ

ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ และการขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกระบบประสาทและสมอง เพื่อแนะนำตัว ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมินพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และใช้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินด้วยตนเองประมาณ 45 นาที



ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเองเนื่องจากปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank-order correlation coefficient)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการคัดกรองโรคสมองเสื่อม อยู่ระหว่าง 26-30 คะแนน ($\bar{X} = 27.95$ $SD = 1.021$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 60.20) โดยมีอายุเฉลี่ย 69.44 ปี ($SD = 5.74$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.10) มากกว่าครึ่งหนึ่งสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 52.70) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.80) ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้ป่วย) มากกว่า 4 คนขึ้นไป (ร้อยละ 60.20) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 77.40) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4-6 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.85 ปี ($SD = 2.005$) (ร้อยละ 46.20) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันมากที่สุด (ร้อยละ 95.70) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 98.90) และผู้ป่วยหลายรายพบโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 91.40) รองลงมาเป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงอยู่ในสัดส่วนเท่ากัน จำนวน 34 คน (ร้อยละ 36.60) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 15.10)



ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n = 93)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวนคน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
เพศ				.122	.639 ^a
สถานภาพสมรส				.407	.123 ^a
ระดับการศึกษา				.659*	<.001 ^b
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		19.30	1.516	.265*	.010 ^b
- ช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้	93 (100.00)				
ภาวะซึมเศร้า		8.33	3.64	-.310*	.003 ^c
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	80 (86.00)				
- มีความเศร้าเล็กน้อย	13 (14.00)				
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย		84.38	7.77	-.603*	<.001 ^c
- ระดับปานกลาง	61 (65.60)				
- ระดับมาก	32 (34.40)				
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		29.38	2.33	.620*	<.001 ^c
- รู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง	1 (1.10)				
- รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง	83 (89.20)				
- รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมาก	9 (9.70)				
ความเข้มแข็งทางใจ		72.83	0.64		
รายด้าน					
- ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (6 ข้อ)		16.57	0.74		
- ความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต (5 ข้อ)		17.05	0.32		
- การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม (4 ข้อ)		11.38	0.44		
- การมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ (4 ข้อ)		12.36	0.33		
- ความสามารถในการผ่อนคลาย					
ความเครียดและการแก้ปัญหา (5 ข้อ)		15.55	0.48		

^aEta coefficient; ^bSpearman rank-order correlation; ^cPearson's product moment correlation

* $p < .05$



จากตารางที่ 1 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 80 คน (ร้อยละ 86) รองลงมา คือ มีความเศร้าเล็กน้อย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 14) ส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับปานกลาง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 65.60) รองลงมา คือ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับมาก จำนวน 32 คน (ร้อยละ 34.40) ส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จำนวน 83 คน (ร้อยละ 89.20) รองลงมา คือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมาก จำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.70) และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.10)

กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.83 (SD = 0.64) เมื่อนำมาจำแนกความเข้มแข็งทางใจออกเป็น 5 องค์ประกอบ พบว่า การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเข้มแข็งทางใจ เรียงลำดับจากสูงไปต่ำ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและการแก้ปัญหา การมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.05, 16.57, 15.55, 12.36 และ 11.38 (SD = 0.32, 0.74, 0.48, 0.33 และ 0.44)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและสถานภาพสมรสกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัตรา พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = .122$, $p = .639$) และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X} = .407$, $p = .123$) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .659$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .265$) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์สัน พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{xy} = -.310$) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูง กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{xy} = -.603$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{xy} = .620$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 72.83$, $SD = 0.64$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าความเชื่อมั่นในการดำรงชีวิต ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด และการแก้ปัญหา และการมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.20) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ที่มีอายุ 60-69 ปี แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นทันทีทันใด และส่งผลกระทบต่อการร่างกายและจิตใจ หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ หรือมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสมจะทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่ภาวะเครียด วิตก



กังวล หรือซึมเศร้าเป็นอารมณ์เชิงลบ ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตจากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง (ร้อยละ 89.20) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2024) ที่พบว่าการรักษาโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน และผู้ป่วยจะมีอารมณ์ด้านลบ⁹ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยคือ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน ชุมชน ทีมบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้กำลังใจในการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วย ทำให้ระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นและช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ¹⁰

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_s = .659$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการศึกษาสูงขึ้น แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจจะเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 52.70) และรองลงมา คือ ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 33.30) การศึกษาที่สูงขึ้นจะระดับทางสังคมและวัฒนธรรมที่สูงขึ้น มีทักษะในการเผชิญกับปัญหาได้ดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทำให้เข้าใจปัญหาสุขภาพได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Takil & Okten (2023) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ อย่างไรก็ตาม พบว่า ตรงข้ามกับการศึกษาของ Lee & Yun (2018) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องมาจากความเข้มแข็งทางใจเป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง¹²

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจ

ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_s = .265$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดี แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 ช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดความเครียด ลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีความพึงพอใจในชีวิตส่งผลให้ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lima et al. (2020) พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ¹³ ตรงข้ามกับการศึกษาของ Norvang et al. (2022) พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจเป็นลักษณะส่วนบุคคล ไม่ส่งผลต่อการฟื้นตัวภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_{xy} = -.310$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าสูง แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 86) รองลงมามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 14) หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับความคิดหรือเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตได้ จะทำให้เกิดความคิดเชิงลบตลอดเวลา การรู้คิดลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ความสามารถในการฟื้นกลับต่ำ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น หากมีอาการทางบวกเพิ่มขึ้น จะทำให้การฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ด้านร่างกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee & Yun (2018) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹²



ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_{xy} = -.603$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจต่ำ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.6) รองลงมาคือ ระดับมาก (ร้อยละ 34.40) และโรคประจำตัว (ร้อยละ 98.90) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 91.40) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นทันใด เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เกิดความรู้สึกสงสัย กลัวสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นหรือกลัวเสียชีวิต อาการของโรคที่ไม่คงที่ ความรู้สึกไม่แน่นอนกับเหตุการณ์ในอนาคตสอดคล้องกับการศึกษาของ Ni et al. (2018) พบว่า ร้อยละ 98.10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การพยากรณ์โรค และจากอุบัติการณ์ของโรคที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตสูง ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นอารมณ์เชิงลบ ที่จะส่งผลต่อการรักษา และส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านจิตใจ¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Han et al. (2021) ที่พบว่า ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ¹⁶

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r_{xy} = .620$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง แนวโน้มความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (ร้อยละ 89.2) ผู้ป่วยหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความ

เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีความพิการหลงเหลือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีผลลัพธ์ทางด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดี ส่งผลต่ออารมณ์ทางด้านบวกที่เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2024) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ¹⁷

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 93 คน พบว่า เพศชาย ร้อยละ 52.70 เพศหญิง ร้อยละ 44 จึงไม่พบความแตกต่าง อาจเนื่องจากความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ยากลำบากหรือภาวะวิกฤตในชีวิต โดยจะคงที่หรือเพิ่มขึ้นเมื่อก้าวผ่านความยากลำบากหรือภาวะวิกฤตไปได้สำเร็จ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงอาจมีประสบการณ์การปรับตัวที่ไม่ต่างกันในเรื่องแวดล้อมที่คล้ายกัน จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Takil & Okten (2023) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ¹¹ อย่างไรก็ตาม พบว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen & Tung (2021) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ และเพศหญิงมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเพศชาย¹⁸

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่สมรส (ร้อยละ 73.10) รองลงมาเป็นโสด/หม้าย/หย่า (ร้อยละ 26.90) สถานภาพสมรสคู่ทำให้ต้องรับหน้าที่ในการดูแลครอบครัวเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ที่เคยรับผิดชอบได้สมบูรณ์แบบแม้ว่าจะมีคู่ชีวิตเคียงข้างและให้กำลังใจก็ตาม สังคมไทยปัจจุบันเป็นครอบครัวขยาย



ที่มีการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 รุ่น ผู้สูงอายุถึงแม้จะไม่ได้มีสถานภาพสมรสคู่ก็ไม่ได้รู้สึกโดดเดี่ยวหรือมีความคิดทางลบต่อการดำเนินชีวิต และได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Takil & Okten (2023) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ¹¹ ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ Chen & Tung (2021) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีคู่สมรสทำให้ไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ต้องเผชิญปัญหาหรือความทุกข์นี้ลำพัง และมีความเข้มแข็งทางใจที่สูงขึ้น¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปศึกษาในระดับปัจจัยทำนาย ซึ่งจะสามารถนำไปต่อยอดสู่การจัดการทางการแพทย์และพัฒนากายภาพบำบัดให้ดียิ่งขึ้น เพื่อช่วยพัฒนาและส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้ผู้สูงอายุปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสม

References

1. National Institute for Emergency Medicine [Internet]. Situation and trends in health and emergency medicine; 2022 [Cite 2023 Nov 5]. Available from: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf (In Thai)
2. Samuthpongton C, Jereerat T, Suwanwela C. Stroke risk factors, subtypes and outcome in elderly Thai patients. BMC neurology. 2021; 21(1): 322.
3. Watthanee, P. Phutthawan, C. Holistic care in the rehabilitation of patients with Cerebrovascular Disease, Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Under the Royal Patronage of SomdejPhraThepparatRajasuda Princess MahaChakri Sirindhorn. 2016; 5(2): 70-78. (In Thai)
4. Department of Mental Health. Turning bad into good RQ The power of mental health taking you through crisis and uncertainty the course of life gracefully. Nonthaburi: Beyond Publishing Company Limited; 2009. (In Thai)
5. Arunlak K, Rangsiman S. Factor related to resilience among older persons with major depressive disorder. The journal of psychiatric nursing and mental health. 2016; 30(2): 127-142. (In Thai)
6. Maneerat S, Isaramalai S, Boonyasopun U. A conceptual structure of resilience among thai elderly. International journal of behavioral science. 2011; 6: 24-40.
7. Liu Z, Zhou X, Zhang W, Zhou L. Resilience and its correlates among first ischemic stroke survivors at acute stage of hospitalization from a tertiary hospital



- in China : a cross-sectional study. *Aging & mental health*. 2020; 24(5): 828-836.
8. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
 9. Wang Y, Xie H, Sun H, Ren L, Jiang H, Chen M, Dong C. Influencing Factors of Psychological Resilience in Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*. 2024; 39(5), 644-654.
 10. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.). 2016; 37(4): 266-272.
 11. Takil M, Okten C. The relationship of functional status with self-efficacy and resilience in stroke patients. *Arch Health Sci Res*. 2023;10(2):101-107.
 12. Lee JK, Yun JY. Factor influencing resilience in hospitalized patients with stroke. *Korean journal adult nursing*. 2018; 30(4): 385-393.
 13. Lima GS, Souza IMO, Storti LB, Silva MMDJ, Kusumota L., Marques S. Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019; 27: 1-12.
 14. Norvang OP, Dahl AE, Thingstad P, Askim T. Resilience and Its Association with activities of daily living 3 months after stroke. *Frontiers in neurology*. 2022; 13: 1-8.
 15. Ni C, Peng J, Wei Y, Hua Y, Ren X, Su X, Shi R. Uncertainty of Acute Stroke Patients: A Cross-sectional Descriptive and Correlational Study. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 2018; 50(4): 238-243.
 16. Han ZT, Zhang HM, Wang YM, Zhu SS, Wang DY. Uncertainty in illness and coping styles: Moderating and mediating effects of resilience in stroke patients. *World journal of clinical cases*. 2021; 9(30): 8999-9010.
 17. Sun B, Wang N, Li K, Yang Y, Zhang F. The mediating effects of hope on the relationships of social support and self-esteem with psychological resilience in patients with stroke. *BMC psychiatry*. 2024; 24(1): 340.
 18. Chen CP, Tung HH. Resilience and daily activity among patients after stroke. *Aging medicine and healthcare*. 2021; 12(4): 152-158.



บทความวิจัย

การพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับไขมันความหนาแน่นต่ำของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง*

ชัชพงศ์ สมุทราลัย** รัตนศิริ หาโต***

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ 190 แขวงสีลม เขตบางรัก 10500

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับไขมัน LDL-C ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย: กระบวนการพัฒนาโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 2) การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์และ 3) การทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง โปรแกรมถูกประเมิน ในด้านความเหมาะสม ความต่อเนื่องของเนื้อหา และความถูกต้องทางภาษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีคะแนนเฉลี่ยด้านความสะดวกในการใช้งาน $4.6 (\pm 0.48)$ คะแนนเฉลี่ยด้านการใช้ประโยชน์ได้จริงของโปรแกรม $5 (\pm 0.00)$ คะแนนเฉลี่ยด้านความปลอดภัยในการใช้งาน $4.53 (\pm 0.51)$ และคะแนนเฉลี่ยด้านความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม $4.8 (\pm 0.35)$ ซึ่งเห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมดูแลตนเอง/ ไขมันความหนาแน่นต่ำ/ ภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง/ แอปพลิเคชันไลน์

วารสารการวิจัยทางพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(1) : 28-40

* เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับไขมันความหนาแน่นต่ำ ของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเลิดสิน

*** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Development and evaluation of a health literacy promotion program using line application on self-care behavior and lower low-density lipoprotein levels in persons with chronic coronary syndrome*

Chatchapong Samutalai** Ratsiri Thato***

Abstract

Purpose: To develop and test a health literacy promotion program using the LINE application for individuals with chronic coronary syndrome (CCS).

Design: This study involved the development of a health literacy promotion program via the LINE application and examined its effects on self-care behaviors and LDL-C levels in patients with CCS.

Methods: The program development process was divided into three phases: 1) Identifying challenges faced by patients with CCS through a literature review, 2) Designing and developing the health literacy promotion program using the LINE application, and 3) Testing the program with a group of CCS patients. The program was evaluated for appropriateness, content continuity, and linguistic clarity. The sample consisted of 15 CCS patients receiving treatment at Lerdsin Hospital. Research instruments included the health literacy promotion program, a satisfaction survey, and the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory. Data were analyzed using descriptive statistics (percentages, means, and standard deviations).

Results: The health literacy promotion program using the LINE application received average scores of 4.6 (± 0.48) for ease of use, 5.0 (± 0.00) for practical utility, 4.53 (± 0.51) for safety, and 4.8 (± 0.35) for overall satisfaction. These results suggest that the program is feasible and appropriate for future studies with larger sample sizes.

Keywords: Health literacy/ self-care behavior/ low-density lipoprotein/ chronic coronary syndrome/ LINE application

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(1) : 28-40

Article info: received October 27, 2024; revised February 10, 2025; accepted May 12, 2025

* A Submitted in Thesis The Effect Of A Health Literacy Promotion Program Using Line Application On Self-Care Behavior And Levels Of Low-Density Lipoprotein Cholesterol In Persons With Chronic Coronary Syndrome

** Registered Nurse, Practitioner Level Lerdsin Hospital

*** Corresponding Author, Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research Advisor.

E-mail: Ratsiri.T@chula.ac.th



บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นหนึ่งในโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลก¹ ในประเทศไทยปี 2564 พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 33.5 ต่อ 100,000 ประชากร² โรคหัวใจขาดเลือดมีพยาธิสภาพเกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้เลือดหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ผลที่ตามมาคืออาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก และในระยะยาวอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่เน้นการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) เช่น การทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) การถ่างขยายหลอดเลือดผ่านผิวหนัง (PCI) และการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดอย่าง Aspirin ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังซึ่งมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปยังคงเพิ่มขึ้น ปัจจุบัน European Society of Cardiology (ESC) เรียกภาวะนี้ว่า Chronic Coronary Syndromes (CCS) ซึ่งเดิมเคยเรียกว่า Chronic Ischemic Heart Disease หรือ Stable CAD ในประเทศไทย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้ใช้ชื่อ “ภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง” เพื่ออธิบายกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยหอบอย่างคงที่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือ LV dysfunction ที่เกิดขึ้นครั้งแรก รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการคงที่จาก ACS ภายใน 1 ปีแรกหรือหลังจากได้รับการรักษา revascularization^{3,4} การจัดการกับ CCS จึงต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเช่นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนที่ร้ายแรง⁴

ภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหัวใจ โดยเฉพาอย่างยิ่งระดับไขมันความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) สามารถนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ และส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจ

ขาดเลือดเรื้อรังได้ การควบคุมระดับไขมันในเลือดจึงมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้⁵ การควบคุมระดับ LDL-C ด้วยการทานยาลดไขมันตามแผนการรักษา ควบคู่กับวิถี Lifestyle Modification หรือการปรับเปลี่ยนแนวทางการกิน การใช้ชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารไขมันต่ำ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และทานยาตามแผนการรักษา สามารถลดระดับ LDL-C ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ไขมันในเลือดสูงมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมภาวะไขมันในเลือดและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้^{5,6}

พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness⁷ โดยเน้นถึงความสำคัญของบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลตนเองรวมกับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ แนวคิดนี้ประกอบด้วยสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self-Care Maintenance) ซึ่งหมายถึงการรักษาสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ 2) การเฝ้าระวังติดตามอาการ (Self-Care Monitoring) คือการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างต่อเนื่อง และ 3) การดูแลตนเองจัดการกับอาการ (Self-Care Management) ซึ่งเป็นการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นตามแนวทางที่กำหนดไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลาน้อยมากในปรึกษานักวิชาการทางการแพทย์ ทำให้มีกิจกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอในด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ผู้ป่วย CCS หลังการทำ revascularization มักไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเคยชินกับ



การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ส่งผลให้ระดับ LDL-C เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า 64.9% ของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับ LDL-C ได้อย่างเพียงพอ⁹ ในด้านการเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วย CCS จำนวนมากไม่รับรู้ถึงอาการที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังได้รับการ revascularization พบว่าประมาณ 40.3% ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการที่แย่ลง และประมาณ 30.6% ไม่สามารถรักษาการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ในด้านการดูแลตนเองจัดการกับอาการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถแยกแยะอาการของโรคที่เป็นอันตรายได้ และไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคหัวใจได้ อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การใช้ยา และการติดตามอาการ ทำให้มีภาวะสุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากไม่สามารถแยกแยะอาการที่เป็นอันตรายที่ควรมาโรงพยาบาลได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย CCS ได้แก่ เพศ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ความเจ็บป่วย ระดับการศึกษา^{8,10} นอกจากนี้ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญคือการรับรู้ความสามารถตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถึง 33.1%¹¹ ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะสามารถพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำส่งผลให้การจัดการโรคเรื้อรังไม่ดีและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน^{11, 12}

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam^{13, 14} ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ โดยเริ่มจากการสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม การพัฒนาความรู้และความสามารถในการเกี่ยวข้อง รวมถึงทักษะด้านสังคมและบทบาทการเป็น

ผู้สนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมีวิจารณญาณเป็นผลลัพธ์จากการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานและขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ รวมถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะ CCS สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้มีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การควบคุมระดับ LDL-C ได้ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและสามารถควบคุมระดับ LDL-C ในเลือดได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อใช้ LINE Application เป็นเครื่องมือสำหรับการศึกษาและการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้นและได้รับการสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ⁶

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเลือกพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเลือกใช้ Line Official Account ในการส่งข้อมูลไปยังกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเป็นไปอย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพต่อการส่งสื่อสารการเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและการติดตามผล รวมถึงการรายงานผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้สามารถบันทึกและติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการส่งรายงานต่อผู้วิจัยเพื่อประเมินผล นอกจากนี้การสื่อสารแบบตัวต่อตัวยังช่วยให้คำปรึกษาและสนับสนุนโดยตรงจากผู้วิจัย ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยตามทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Self-Care of Chronic Illness) และนำไปสู่การลดระดับ LDL-C ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการควบคุมภาวะหัวใจขาดเลือด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน LINE Application



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับไขมันความหนาแน่นต่ำ ของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ประยุกต์การสร้างและพัฒนาโปรแกรมโดยแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ร่วมกับการพัฒนาตามแนวคิดการวิจัยเพื่อออกแบบและพัฒนา (Design and Development Research)¹⁵ เพื่อสอดคล้องกับการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารตามแนวทางพัฒนาและการวิจัยเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการให้ความรู้ซึ่งเน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ในการเข้าถึงข้อมูลและพัฒนาทักษะของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง เน้นการสร้างกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับบริบทตามยุคสมัย พร้อมด้วยการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างกิจกรรมที่เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ที่ครอบคลุมคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพ ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ มีขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง

2) ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรม ค้นคว้าตำรา เอกสารทางวิชาการ วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังตั้งแต่การวินิจฉัยโรคไปจนถึงการจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงมีการรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและเตรียมความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังและกระบวนการรักษา รวมถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้อบรมหลักสูตร หลักการและเทคนิคการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology in Nursing Education)

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) จัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง โดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อกำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมรวมถึงการกำหนดเนื้อหาสาระ กลุ่มเป้าหมาย แนวทางดำเนินงาน และวิธีการประเมินผล การจัดทำคู่มือประกอบโปรแกรมและแผนการให้ข้อมูลจะรวมเนื้อหากิจกรรมการให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยประยุกต์ตามแนวคิด Don Nutbeam โดยโปรแกรมมุ่งส่งเสริมให้ครอบคลุมคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการคือ

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีกิจกรรมและให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อแนะนำแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้

2. ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ มีกิจกรรมและให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อสอนวิธีการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลสุขภาพ การฝึกปฏิบัติที่เน้นการเปรียบเทียบและการวิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ



3. ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ มีกิจกรรมและให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ อาจารย์รวมถึงกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมตอบคำถาม

4. ด้านการตัดสินใจที่เกี่ยวกับสุขภาพ มีกิจกรรมและให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการให้คำแนะนำและจัดทำตารางติดตามอาการอาการแสดงที่เปลี่ยนไป

5. ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ มีกิจกรรมและให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและการติดตามผลการสนับสนุนในการกำหนดเป้าหมายสุขภาพและการจัดทำแผนปฏิบัติ

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการกิจกรรมและให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์หรือการทดสอบเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความน่า

เชื่อถือของข้อมูลจากสื่อและโปรแกรมประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและ ขั้นที่ 2 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

ระยะที่ 3 การพัฒนาต้นแบบ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษา รวมถึงการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน แพทย์เฉพาะทางด้าน อายุรกรรมโรคหัวใจ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ 1 คน

ตารางที่ 1 ตารางแสดงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับไขมันความหนาแน่นต่ำของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง

รายการแสดงความคิดเห็น	ร้อยละ
1) ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอเนื้อหา	100
2) ความถูกต้องของเนื้อหา	100
3) ความสอดคล้องของเนื้อหา	80
4) ความชัดเจนของเนื้อหา	80
5) ความน่าสนใจในการนำเสนอ	80
6) ความเหมาะสมของรูปภาพ	80
7) ความถูกต้องของภาพที่ใช้	100
8) ความสอดคล้องของภาพกับคำบรรยาย	100
9) ความชัดเจนของเนื้อหา	80



โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็น สอดคล้องกัน 4 ท่านจาก 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ มีเนื้อหา ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 พัฒนาทักษะความรู้ ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วย นอกในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดหมาย ในช่วงเวลารอเข้าพบแพทย์อธิบายความสำคัญของโปรแกรม ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย การประเมินความพร้อมทางสุขภาพจิตและร่างกายใช้แบบ คัดกรองภาวะ CCS ประเมินสัญญาณชีพของกลุ่ม ตัวอย่างผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสำรวจ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory, SC-CHDIV3) เชิญกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมแอปพลิเคชัน

ไลน์(Line Official account) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและ ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพรวมถึงแนะนำการ นัดหมายกิจกรรมในครั้งถัดไป โดยมีคู่มือในแอปพลิเคชัน ไลน์เป็นแหล่งข้อมูลหลัก และให้ข้อมูลตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและภาวะ CCS ซึ่งจะช่วยให้กลุ่ม ตัวอย่างได้เห็นประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรม

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 พัฒนาทักษะความรู้ ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

กิจกรรมเน้นการพัฒนาทักษะความรู้ด้าน สุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะ CCS ผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ภายในระยะเวลา 30 นาที ที่มุ่งเน้นการสร้างทักษะ ในการเข้าใจข้อมูลที่เป็นตัวอักษรนำเสนอในรูปแบบที่ เข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์ (ผล ทางห้องปฏิบัติการ เอกสารใบยา ใบนัด) และการใช้ คำในบริบทเกี่ยวกับการรักษา แหล่งการสืบค้นข้อมูล จากอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ



รูปภาพที่ 1 คู่มือความรู้ด้านสุขภาพ ผู้มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (Infographic Online)



รูปภาพที่ 2 การใช้คำในบริบทเกี่ยวกับการรักษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 ประกอบด้วย 1) ฝึกทักษะกิจกรรมอ่านและจับคู่คำศัพท์ กิจกรรมนี้ช่วยเสริมสร้างทักษะในการเข้าใจคำศัพท์และการใช้คำในบริบทที่ถูกต้อง 2) ฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตในส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างจะเรียนรู้วิธีการค้นหาข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและอธิบายแหล่งที่มาของข้อมูล 3) ฝึกทักษะการแปลความในเอกสารด้านสุขภาพที่พบบ่อย เช่น ใบนัด ผลแลดยา กิจกรรมนี้จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแปลและเข้าใจเอกสารด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

การสะท้อนปัญหาภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังและกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ภายในระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เพื่อการเสริมสร้างทักษะด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับ LDL-C ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและศักยภาพของแต่ละคน นำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงผ่านแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมฝึกทักษะประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ระดับไขมันในเลือดโดยการวิเคราะห์

ข้อมูลไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง 2) การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลให้เกิด Cardiac Event ในอนาคต 3) กำหนดเป้าหมายระดับไขมันในเลือดหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ 4) กำหนดกลยุทธ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับศักยภาพและความต้องการของแต่ละบุคคล 5) ฝึกการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับ LDL-C เพื่อพัฒนาการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพผู้วิจัยส่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 วัน

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

การวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยคำนึงถึงความเหมาะสมและศักยภาพรายบุคคลในแต่ละด้านผ่านแอปพลิเคชันไลน์ภายในระยะเวลา 30 นาทีโดยการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและตามศักยภาพรายบุคคล

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้ในด้าน Self-care maintenance เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อควบคุมดัชนีมวลกาย ควบคุมระดับไขมันในเลือดและเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเลิกบุหรี่



กิจกรรมที่ 2 ประกอบการดูแลตนเองด้าน Self-care monitoring จัดทำตารางติดตามอาการแสดงที่เปลี่ยนไปและด้าน Self-care management วางแผนในการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการแสดงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้แก่ เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกหรือหายใจเหนื่อยและแยกแยะอาการที่ไม่เป็นอันตรายได้ผ่านสมุดบันทึก

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 5 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

การพัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ภายในระยะเวลา 30 นาที กิจกรรมประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับผู้วิจัย 2) การสะท้อนข้อดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3) การฝึกตั้งคำถามด้านสุขภาพเพื่อถามผู้วิจัย 4) การบอกเล่าแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใน 2 สัปดาห์ข้างหน้าเพื่อพัฒนาการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพผู้วิจัยส่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 วัน

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 6-8 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพโดยผ่านแอปพลิเคชันไลน์เน้นการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางแอปพลิเคชันไลน์ 30 นาทีเพื่อประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลในส่วนนี้จะมีการสำรวจและค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่แนะนำ และจะมีการให้คำแนะนำและวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

เครื่องมือกำกับการทดลอง

การศึกษานี้ใช้สมุดบันทึกภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังและแบบสอบถามความรู้เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังโดยสมุดบันทึกช่วยให้ผู้ทดลองบันทึกข้อมูลสุขภาพประจำวันและติดตามพฤติกรรมเชิงบวกผ่าน LINE และ

แบบสอบถามวัดความรู้ด้านสุขภาพ การประเมินคะแนนโดยเฉลี่ยต้องไม่ต่ำกว่า 80% เพื่อถือว่าการพัฒนาที่ดี หากมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลและดำเนินการติดตามเชิงรุกเพื่อปรับปรุงและวัดผลการปรับปรุงซ้ำ

ระยะที่ 3 การทดสอบและประเมินผล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลเลิดสิน และขออนุญาตนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะ CCS ห้องตรวจอายุรกรรมหัวใจโรงพยาบาลเลิดสินที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจของภาษา ความชัดเจนของข้อคำถาม การบริหารเครื่องมือ และตรวจสอบความเที่ยงก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.3 มีอายุตั้งแต่ 39-59 ปี (Mean = 50.27, SD = 5.338) ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 26.7 ส่วนโรคประจำตัวที่พบได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 20) และกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับยาลดไขมันในเลือด Atorvastatin ขนาด 40 มิลลิกรัมทุกวัน (ร้อยละ 100) จากการวินิจฉัยหลังการสวนหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบในระดับต่าง ๆ คือ Single Vessel Disease (ร้อยละ 40) Double Vessel Disease (ร้อยละ 26.7) และ Triple Vessel Disease (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือน (ร้อยละ 73.3, Mean = 3.4, SD = 1.29)



ตารางที่ 2 ตารางแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับ
1) ความสะดวกต่อการใช้งาน	4.67	.488	มากที่สุด
2) การใช้ประโยชน์ได้จริงของโปรแกรม	5	.000	มากที่สุด
3) โปรแกรมมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน	4.53	.516	มากที่สุด
4) ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม	4.87	.352	มากที่สุด

ภายหลังการรักษาด้วยการสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจ (ร้อยละ 100) นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สืบทอดโรคเป็นครั้งคราว แต่ไม่บ่อย (ร้อยละ 60) และร้อยละ 93.7 ไม่ได้ออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์

1) ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ภายหลังทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง จำนวน 15 คน ผลการศึกษาแสดงในตารางวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

จากตารางที่ 2 พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ดำเนินการทดลองกับผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ได้รับความพึงพอใจในระดับสูงต่อโปรแกรม ในด้านความสะดวกต่อการใช้งาน ($\text{Mean} = 4.67 \pm .488$) พบว่าผู้ใช้รู้สึกพึงพอใจในระดับสูงต่อความสะดวกในการใช้โปรแกรม ด้านการใช้ประโยชน์ได้จริงของโปรแกรม ($\text{Mean} = 5 \pm .000$) พบว่าผู้ใช้ทั้งหมดเห็นว่าการใช้โปรแกรมนี้มีประโยชน์จริงอย่างมาก ด้านความปลอดภัยต่อการใช้งาน ($\text{Mean} = 4.53 \pm .561$) ด้านความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม ($\text{Mean} = 4.87 \pm .352$) พบว่าผู้ใช้มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก

อภิปรายผล

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ให้ผลลัพธ์ในด้านความสะดวกต่อการใช้งาน การใช้ประโยชน์ได้จริง ความปลอดภัย และความพึงพอใจโดยรวมจากกลุ่มผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิศา กันบัวลา^{6, 16} ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสื่อสาร มีการปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับโรคอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Gabriela Lima de Melo Ghisia¹⁷ ในโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่มีความสะดวกและใช้งานง่าย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การใช้โปรแกรมที่มีการเข้าถึงง่ายและใช้งานสะดวกนั้นช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาโปรแกรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ American Heart Association¹⁸ กล่าวว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จากการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันบนมือถือ มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันเวลา ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องโดยตรงกับ



ความสามารถในการเข้าถึง ประมวลผล และเข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสมจากการใช้ภาษาที่ชัดเจนและการนำเสนอด้วยสื่อที่เหมาะสม เช่น ภาพประกอบ ภาษาที่เข้าใจง่ายและมีการใช้ภาพช่วยในการสื่อสาร ช่วยให้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ดีขึ้น การศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมักถูกจำกัดด้วยปัจจัยทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และภาษาที่ใช้ การนำเสนอเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของกลุ่มผู้ใช้จะช่วยลดข้อจำกัดและทำให้โปรแกรมสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้ที่หลากหลายมากขึ้น

จากการศึกษาการใช้งานโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเป็นที่ยอมรับจากผู้ป่วย เนื่องจากสะดวกในการใช้งาน ผู้ป่วยรู้สึกว่าการใช้งานง่ายและสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่รับได้อย่างดีมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผลการประเมินด้านความปลอดภัยในการใช้งานแอปพลิเคชันนี้ได้รับการประเมินถึงความเหมาะสมในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถใช้งานได้อย่างมั่นใจโดยไม่มีความเสี่ยงต่อการใช้งานที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับไขมันความหนาแน่นต่ำของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปศึกษาต่อเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในลำดับต่อไป หากโปรแกรมนี้นำไปใช้ประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับไขมันความหนาแน่นต่ำได้ดี จะเกิดประโยชน์ต่อการนำไปสู่การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดได้

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

ความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยีของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาในการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะเวลานานขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาโปรแกรมให้รองรับความหลากหลายของผู้ใช้ที่มีความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยีที่ต่างกัน เพื่อให้ผู้ป่วยทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากโปรแกรมได้อย่างเต็มที่



References

1. American Heart Association. 2023 Heart disease and stroke statistics update fact Sheet.2023. Available from: https://professional.heart.org/-/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2023-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2023-Statistics-At-A-Glance-final_1_17_23.pdf.
2. Ministry of Public Health. Public Health Statistics 2021 - 2022. Available from: Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf>.
3. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2020; 41(3): 407-77.
4. The Heart Association of Thailand. Thai chronic coronary syndromes Guideline 2021. 1, editor2021.
5. Domanski MJ, Tian X, Wu CO, Reis JP, Dey AK, Gu Y, et al. Time course of LDL cholesterol exposure and cardiovascular disease event risk. Journal of the American College of Cardiology. 2020; 76(13): 1507-16.
6. Kanbuala W, Aiadsuy N, Deenan A. The effects of a health literacy promotion program on Coronary Artery Disease preventive behaviors and serum lipid levels among people with dyslipidemia. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2021; 29(3): 1-14.
7. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. Advances in Nursing Science. 2012; 35(3): 194-204.
8. Rattanaprom A, Srisuk N, Koson N. Self-care behaviors among patients with Coronary Heart Disease after percutaneous coronary intervention. Nursing Science Journal of Thailand. 2023; 41(4): 56-72.
9. Valaker I, Fridlund B, Wentzel-Larsen T, Nordrehaug JE, Rotevatn S, Råholm M-B, et al. Continuity of care and its associations with self-reported health, clinical characteristics and follow-up services after percutaneous coronary intervention. BMC Health Services Research. 2020; 20(1): 1-15.
10. Nachai L, Sarinrut S, Sanaha C. Factors predicting self-care behaviors in patients with Coronary Artery Disease. Thai Journal of Nursing Council. 2022; 37(03): 93-108.
11. Buppha S, Tharadol K, Mondha K, Thamarath C. Health literacy and Self-care behaviors among patients with ischemic heart disease at central chest institute of Thailand. Thai Journal of Health Education. 2021; 44(2).
12. Zaben K, Khalil A. Health literacy, self-care behavior and quality of life in acute coronary syndrome patients: An integrative review. Open Journal of Nursing. 2019; 9(4): 383-95.



13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3): 259-67.
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(12): 2072-8.
15. Richey RC, Klein JD. Design and development research. *Handbook of research on educational communications and technology*. 2014: 141-50.
16. Kanbuala W, Aiadsuy N, Deenan A. The effects of a health literacy promotion program on health literacy, food consumption behavior, exercise behavior and waist circumference of people with dyslipidemia. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2023; 40(2): 241-9.
17. De Melo Ghisi GL, da Silva Chaves GS, Britto RR, Oh P. Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2018; 101(2): 177-84.
18. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 138(2): e48-e74.



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

จิรารัตน์ ชันติยะบุตร* ปิ่นหทัย ศุภเมธาวรร** และ สุริพร ธนศิลป์***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคร่วม ดัชนีมวลกาย อาการ และสภาวะการทำหน้าที่ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 113 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินอาการ แบบประเมินสภาวะการทำหน้าที่ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ .80 1.0 และ .88 และความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .83 .83 และ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์อันดับ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา: พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.38$, $SD = 3.55$) โดยสภาวะการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .257$) และอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาการที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เจ็บหน้าอก/ใจสั่น อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย อาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ อาการนอนไม่หลับ อาการมึนงง/คิดไม่ออก อาการปวดเจ็บในข้อ และปัญหาด้านอารมณ์ ($r = -.363, -.292, -.247, -.250, -.281, -.295, -.229$ และ $-.198$ ตามลำดับ) ส่วนอายุ เพศ โรคร่วม และดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

สรุป: ผลของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบจะเป็นข้อมูลในการเตรียมการดูแลผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ ต่อไป

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อโควิด-19, สภาวะการทำหน้าที่, อาการที่คงอยู่

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้รับผิดชอบหลัก

*** รองศาสตราจารย์ และ หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Factors Associated with Health-related Quality of Life among COVID-19 Survivors after Hospital Discharge

Jirarat Khantiyabot* Pinhatai Supametaporn** and Sureeporn Thanasilp***

Abstract

Purpose: To investigate the health-related quality of life (HRQoL) and the relationships between age, gender, comorbidities, body mass index (BMI), symptoms, and functional status with the HRQoL of persons with COVID-19 after discharge.

Design: Descriptive correlational research

Methods: The samples were 113 individuals who had previously been infected with COVID-19 and had been discharged from one hospital. The research instruments included a symptom assessment scale, a functional status scale, and a health-related quality of life scale. The content validity indices for these instruments were .80, 1.00, and .88, respectively. Reliability, measured by Cronbach's alpha coefficients, was .83, .83, and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Eta Coefficients, and Pearson's Correlation Coefficients.

Results: The study found that the overall HRQoL among COVID-19 survivors after discharge was at a moderate level ($M = 23.38$, $SD = 3.55$). Functional status was positively correlated with HRQoL at a statistically significant level of .05 ($r = .257$). Conversely, symptom severity was negatively correlated with HRQoL, also at a statistically significant level of .05. Symptoms that showed significant negative correlations included chest pain/palpitations, fatigue/exhaustion, shortness of breath/dyspnea, headache/dizziness, insomnia, brain fog/difficulty concentrating, joint pain, and emotional problems ($r = -.363, -.292, -.247, -.250, -.281, -.295, -.229$, and $-.198$, respectively). Age, sex, comorbidities, and BMI were not significantly associated with HRQoL among post-discharge COVID-19 survivors.

Conclusion: the results of the study on factors related to health-related quality of life of COVID-19 infected people after discharge from the system will be used as information for preparing to care for this group of infected people in the future.

Keywords: Health recovery, Health-related quality of life, COVID-19 Survivors, Functional status, Persistent symptoms

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(1) : 41-54

Article info: received July 3, 2024; revised May 6, 2025; accepted June 16, 2025

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Correspondence Author

*** Associate Professor and Director of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research Advisor

E-mail: kerojira @ gmail.com



บทนำ

โรคโควิด-19 หรือโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus 2019) เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่แพร่ระบาดทั่วโลกตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 โดยแม้ว่าอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคจะลดลงจากมาตรการควบคุมโรคและการได้รับวัคซีน แต่ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่หายจากโรคยังคงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงหลังจำหน่ายจากระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเผชิญกับอาการหลงเหลือ (Long COVID) เช่น อ่อนเพลีย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ และปัญหาทางจิตใจ ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะยาว¹

ภายหลังการจำหน่ายจากระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนไม่น้อยยังคงเผชิญกับความท้าทายในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคร่วม หรือภาวะสุขภาพเปราะบางยิ่งมีความเสี่ยงในการเผชิญกับปัญหาสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการติดตามและฟื้นฟูอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้² นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ยังพบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์³ ซึ่งการติดเชื้อโควิด-19 นอกจากจะส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้านร่างกาย ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความไม่สบายจากอาการที่หลงเหลืออยู่ เช่น อาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก ไอ เจ็บคอ การรับกลิ่นผิดปกติ ความบกพร่องด้านการรู้คิด⁴ เป็นต้น ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจนำไปสู่อาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบเหตุการณ์รุนแรง⁵ เป็นต้น ด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยมีความยากลำบากในการกลับสู่บทบาทด้านการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบ

อาชีพ และอาจถูกตีตราจากบุคคลในสังคม⁶ และยังกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบลดลง⁷

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ โดยมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค ต่อมุมมองการใช้ชีวิตของบุคคล⁸ ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป⁹ การศึกษาในระยะ 3-6 เดือนหลังจำหน่ายพบระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ลดลงถึง 51-62%¹⁰ เนื่องจากภาระจากการเจ็บป่วยที่คงอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่ายหรือบางรายอาจมีการติดเชื้อซ้ำ ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ทำให้สูญเสียทรัพยากรและงบประมาณในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินและติดตามผลกระทบจากโรคในระยะยาว รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสุขภาพติดเชื้อโควิด-19 ภายหลังจำหน่ายออกจากระบบ

การทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ได้แก่ อายุ⁷ เพศ¹¹ โรคร่วม¹² ดัชนีมวลกาย⁹ อาการ¹² และสภาวะการทำหน้าที่¹³ ส่วนการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะหลังติดเชื้อโควิด-19 ที่ส่วนใหญ่เน้นการติดตามด้านอาการทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย โดยยังขาดการศึกษาที่ครอบคลุมถึงปัจจัยส่วนบุคคล โรคร่วม และสภาวะการทำหน้าที่ที่ส่งผลต่อ



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังจำหน่าย และผลการศึกษาในต่างประเทศก็มีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอร์แรน⁸ เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น และลดผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว¹⁴ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้เทียบเท่าปกติก่อนการเจ็บป่วยและลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

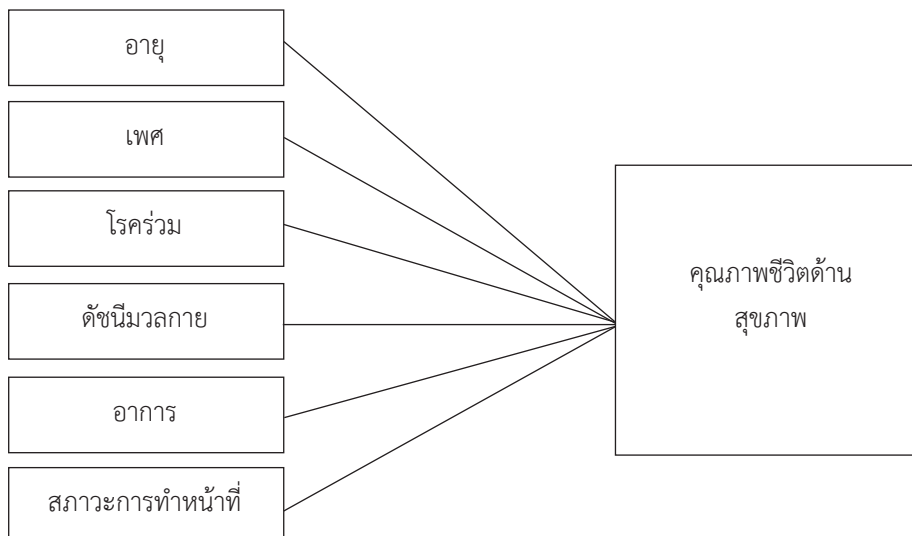
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ โรคร่วม ดัชนีมวลกาย อาการและสภาวะการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ เพศ ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ
2. โรคร่วมและอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ
3. สภาวะการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans et al. (2005)⁽⁸⁾ ร่วมกับการสังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 คัดเลือกปัจจัยมาศึกษาดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ดัชนีมวลกาย 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการที่คงอยู่หลังจำหน่าย สภาวะการทำหน้าที่ และ 3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (correlational research design)

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เคยเข้ารับการรักษาในระบบบริการทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการภายนอกโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร หลังจำหน่ายออกจากระบบ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบบริการตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่เป็นแม่ข่ายการดูแล หรือผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยสแกนผ่าน QR code ไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2566 และเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งเพศชายและหญิงที่มีผลตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธีการ Reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR) หรือ Fluorescent immunoassay (FIA) หรือ Antigen Test Kit (ATK) หลังจำหน่ายออกจากระบบตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป 2) เคยเข้ารับการรักษาโรคโคโรนาไวรัสในหอผู้ป่วยทั่วไป (Cohort ward) หรือหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามาริบัติ หรือในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) โรงพยาบาลสนาม หรือการแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation) ที่โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นแม่ข่ายการดูแล 3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ใช้แบบประเมิน Mini Mental Status Exam Thai (MMSE-Thai 2022) คะแนน < 17 คะแนน คือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม 4) สามารถสื่อสารด้วยการอ่าน การฟัง การเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power Analysis Version 3.1.9.7 กำหนดขนาด

อิทธิพล เท่ากับ .26 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Qu et al. (2021)¹¹ กำหนดอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีน วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลหลังจำหน่ายออกจากระบบ หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

2. แบบประเมินอาการของ Chinda et al. (2011)¹⁵ ที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยมาจาก ESAS ร่วมกับบททวนวรรณกรรม จำนวนทั้งหมด 11 ข้อ โดยคำถามครอบคลุมอาการที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ลักษณะคำตอบเป็นระดับ 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ .80 ตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83

3. แบบประเมินสภาวะการทำหน้าที่ของสุขุติชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2541)¹⁶ พัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา เอดีแอล ใช้ประเมินความสามารถของบุคคลตามความเป็นจริง ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน การทอนเงิน และการใช้บริการขนส่งสาธารณะ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อแตกต่างกัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน การแปลผล คะแนน 0-4 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้น้อย คะแนน 5-8 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน



ต่อเนื่องได้ปานกลาง และคะแนน > 9 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ดี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 1.0 ตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของ Ferrans & Powers (1984 & 1998) แปลเป็นภาษาไทย โดย เอมอร แสงศิริ (2003) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตวิญญาณ และ 4) ด้านครอบครัว จำนวนทั้งหมด 70 ข้อ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต 35 ข้อ และความสำคัญในชีวิต 35 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจ/ไม่สำคัญอย่างมาก จนถึง 6 หมายถึง พึงพอใจ/สำคัญอย่างมาก การแปลผลเทียบระดับขั้นของเปอร์เซ็นต์ โดย 61-70 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ต่ำ 71-80 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง 81-90 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดี และ 91-100 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดีมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ .88 ตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เลขที่ COA. MURA2023/285 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิโดยแจ้งว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ หรือสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยสิ้นสุด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็น

ความลับและนำเสนอผลในภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจเข้าร่วม จึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน เพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกรณีผู้ป่วยที่มีนัดหมายติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบ จะขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยตรวจอายุรกรรมเป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนกรณีผู้ป่วยที่ไม่มีนัดหมายติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบ ผู้วิจัยขออนุญาตเปิดรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยผ่านโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ และมี QR code สำหรับสแกนตอบแบบสอบถามในรูปแบบ google form ติดไว้บริเวณหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี นอกจากนี้ ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ดูแลติดตามอาการผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วยประชาสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยกรณีผู้ป่วยที่มีนัดหมายติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ตามขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่ม



ตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE-Thai (2002) 2) เชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและให้ทำแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที และจะยุติการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก เวียนศีรษะ มีไข้ หรือรู้สึกไม่สบายใจ ให้การพยาบาลเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกเพื่อรายงานแพทย์ 3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

กรณีผู้ป่วยที่ไม่มียินยอมติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบ ภายหลังกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะให้สแกน QR code เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามก่อนเริ่มตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยกำหนดให้กรอกข้อมูลครบถ้วนก่อนจึงสามารถส่งแบบสอบถามได้

4. ภายหลังตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา โดยสถิติเชิงพรรณนาหา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและโรครวม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta Coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ดัชนีมวลกาย อาการ และสถานะการทำหน้า กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation

Coefficient) ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 อายุเฉลี่ย 49.85 ปี ($SD = 19.38$) ส่วนใหญ่น้ำหนักเกินเกณฑ์ร้อยละ 54.3 ($n = 62$) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 47.8 ($n = 54$) ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 58.4 ($n = 66$) ทำงานกับหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 46.9 ($n = 53$) รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 54.9 ($n = 62$) และมีโรคประจำตัวร้อยละ 60.2 ($n = 68$) ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 92 ($n = 104$) รักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 52.2 ($n = 59$) ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือกักตัวอย่างน้อย 5 วัน ร้อยละ 53.1 ($n = 60$) และทุกรายได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยร้อยละ 92 ($n = 104$) ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 3 เข็ม ระยะเวลาหลังจากออกจากระบบจนถึงวันที่เก็บข้อมูลโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 91.2 ($n = 103$) เป็นเวลาเกิน 3 เดือน และเป็นผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระลอกปัจจุบันร้อยละ 57.5 ($n = 65$)

ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา

อาการของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการที่คงอยู่ในระดับต่ำ โดยคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการที่คงอยู่สูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ($M = 3.07$, $SD = 2.62$) ไอ/เจ็บคอ ($M = 2.76$, $SD = 2.90$) ปัญหาด้านอารมณ์ ($M = 2.48$, $SD = 2.31$) นอนไม่หลับ ($M = 2.39$, $SD = 2.31$) และปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ ($M = 2.29$, $SD = 2.45$) ซึ่งทั้ง 5 อาการพบในกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 65 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการที่คงอยู่ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ (n = 113)

อาการที่คงอยู่	มีอาการ		ไม่มีอาการ		คะแนนความรุนแรงของอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	M	SD
1. อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า	80	70.8	33	29.2	3.07	2.62
2. ไอ/ เจ็บคอ	71	62.8	42	37.2	2.76	2.90
3. ปัญหาด้านอารมณ์	72	63.7	41	36.3	2.48	2.31
4. นอนไม่หลับ	69	61.1	44	38.9	2.39	2.31
5. ปวดศีรษะ/ เวียนศีรษะ	71	62.8	42	37.2	2.29	2.45
6. ปวดเจ็บในข้อ	48	42.5	65	57.5	1.52	2.27
7. มึนงง/ คิดไม่ออก	55	48.7	58	51.3	1.29	1.84
8. หายใจลำบาก/ หอบเหนื่อย	41	36.3	72	63.7	1.08	1.90
9. จมูกไม่ได้กลิ่น	16	14.2	97	85.8	0.76	2.17
10. ลิ้นไม่รับรส	16	14.2	97	85.8	0.74	2.17
11. เจ็บหน้าอก/ ใจสั่น	20	17.7	93	82.3	0.34	0.99
12. ผม่วรง	5	4.4	108	95.6	-	-

สภาวะการทำหน้าที่ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และร้อยละ 13.3 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้น้อย ดังตารางที่ 2

หลังจำหน่ายออกจากระบบ

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 54.0 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี ร้อยละ 32.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสภาวะการทำหน้าที่ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ (n = 113)

สภาวะการทำหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้น้อย (0-4 คะแนน)	15	13.3
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (5-8 คะแนน)	37	32.7
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี (9 คะแนน)	61	54.0



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.38$, $SD = 3.55$) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายมีค่าต่ำที่สุด ($M = 22.71$, $SD = 4.15$) และด้านจิตวิญญาณมีค่าสูงที่สุด ($M = 24.25$, $SD = 4.25$) อย่างไรก็ตามทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ และสภาวะการทำหน้าที่ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า สภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .257$) และอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาการเจ็บหน้าอก/ใจสั่น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด ($r = -.363$) รองลงมา ได้แก่ อาการเมื่อย/คิดไม่ออก อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย อาการปวดเจ็บในข้อ และปัญหาด้านอารมณ์ ($r = -.295, -.292, -.281, -.250, -.247, -.229$ และ $-.198$ ตามลำดับ) ส่วน อายุ เพศ โรคร่วม และดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในติดเชื้อโควิด-19หลังจำหน่ายออกจากระบบ จำแนกตามองค์ประกอบและโดยรวม ($n = 113$)

องค์ประกอบรายด้าน	M	SD	เปอร์เซ็นต์	ระดับ
ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	22.71	4.15	75.70	ปานกลาง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	23.52	3.77	78.40	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	24.25	4.25	80.83	ปานกลาง
ด้านครอบครัว	23.99	4.35	79.97	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	23.38	3.55	77.93	ปานกลาง



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ และสภาวะการทำหน้าที่ กับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ (n = 113)

ตัวแปร	ขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. อายุ	-.067	.478
2. เพศ	.094 ^η	.422
3. โรคร่วม	.212 ^η	.552
4. ดัชนีมวลกาย	.180	.056
5. อาการอ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า	-.292	.002
6. อาการหายใจลำบาก/ หอบเหนื่อย	-.247	.008
7. อาการเจ็บหน้าอก/ ใจสั่น	-.363	.000
8. อาการปวดเจ็บในข้อ	-.229	.015
9. อาการไอ/ เจ็บคอ	-.178	.059
10. อาการจุกไม่ไ้กลืน	-.063	.505
11. อาการลิ้นไม่รับรส	-.086	.366
12. อาการปวดศีรษะ/ เวียนศีรษะ	-.250	.008
13. อาการนอนไม่หลับ	-.281	.003
14. ปัญหาด้านอารมณ์	-.198	.035
15. อาการมึนงง/ คิดไม่ออก	-.295	.002
16. สภาวะการทำหน้าที่	.257	.006

^η = Eta coefficient



อภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.38$, $SD = 3.55$) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายมีค่าต่ำที่สุด ($M = 22.71$, $SD = 4.15$) และด้านจิตวิญญาณมีค่าสูงที่สุด ($M = 24.25$, $SD = 4.25$) และทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เนื่องจากแม้ว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 92.0 ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ≥ 3 เข็ม ซึ่งช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดการนอนโรงพยาบาล และลดการเสียชีวิต รวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ มากขึ้นแต่การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ยังคงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบในหลายด้าน ทั้งด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าร้อยละ 65 ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่อย่างน้อย 1 อาการเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากระบบ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความยากลำบากในการกลับสู่บทบาททั้งในด้านการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากมาตรการในการเว้นระยะห่างทางสังคม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ($M = 20.32$, $SD = 3.97$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Qu, Zhe¹¹ ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ได้แก่ อาการและสภาวะการทำหน้าที่ ดังนี้

สภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .257$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.9 เป็นบุคคลที่อยู่ในวัยทำงาน และส่วนใหญ่ร้อยละ 54 มีคะแนนสภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดี ซึ่งการที่ยังคงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ได้ดังเช่นก่อนเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ในขณะที่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ยังคงมีความบกพร่องของสภาวะการทำหน้าที่ จนกระทั่งหลังจำหน่ายออกจากระบบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของปอด โดยพบลักษณะของรอยโรคที่ปอด ทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดลดลง¹⁷ ผู้ป่วยยังคงมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ($M = 20.32$, $SD = 3.97$) การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ของ Taboada et al., (2021)¹³ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ที่ยังคงมีความบกพร่องของสภาวะการทำหน้าที่ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง

อาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ โดยอาการที่พบว่ามีความสัมพันธ์ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก/ใจสั่น ($r = -.363$) อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ($r = -.292$) อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ($r = -.247$) อาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ ($r = -.250$) อาการนอนไม่หลับ ($r = -.281$) อาการมึนงง/คิดไม่ออก ($r = -.295$) อาการปวดเจ็บในข้อ ($r = -.229$) และปัญหาด้านอารมณ์ ($r = -.198$) โดยกลุ่มตัวอย่าง มีช่วงของการติดเชื้อตั้งแต่ระลอกที่ 3-ระลอกปัจจุบัน (เมษายน 2564-กันยายน 2566) ร้อยละ 65 ยังคงมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ



หลังจำหน่ายออกจากระบบเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน ซึ่งการที่ผู้ป่วยยังมีอาการเหล่านี้ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมน้อยลง ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย อีกทั้งผู้ที่ยังมีอาการต้องเผชิญกับการแยกตัวทางสังคมเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งกระทบต่อการทำหน้าที่ทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Islam et al. (2021)¹² ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบที่มีอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ดังนี้

1. ระยะเวลาการเก็บข้อมูล: การเก็บข้อมูลเป็นช่วงเวลาเฉพาะ (Cross-sectional study) จึงไม่สามารถแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้
2. ความเป็นอัตวิสัยของการประเมิน: ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมตอบด้วยตนเอง อาจมีความลำเอียงจากการรับรู้ส่วนบุคคล (Self-report bias)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านคลินิก: โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ข้อมูลนี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 หลังจำหน่าย โดยเฉพาะการส่งเสริมสมรรถภาพการทำหน้าที่และลดอาการคงอยู่
 2. ด้านสาธารณสุข: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการวางแผนติดตามสุขภาพระยะยาวของผู้ป่วยหลังจำหน่าย เพื่อป้องกันผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในอนาคต
- จากข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. การศึกษาเชิงระยะยาว (Longitudinal study): ควรมีการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพการทำหน้าที่
2. ขยายกลุ่มตัวอย่าง: การวิจัยในกลุ่มประชากรที่หลากหลายขึ้น ทั้งในแง่ภูมิศาสตร์และลักษณะประชากร เพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุปผล
3. การวิเคราะห์เชิงลึก: ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนทางสังคมและความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) ที่อาจมีบทบาทต่อคุณภาพชีวิต



References

1. World Health Organization. (2021). COVID-19 Clinical Management: Living Guidance. Geneva: WHO.
2. Carfi A, Bernabei R, Landi F; Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 2020 Aug 11; 324(6):603-605. doi: 10.1001/jama.2020.12603. PMID: 32644129; PMCID: PMC7349096.
3. Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236,379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. The Lancet Psychiatry. 2021, 8(5), 416-427.
4. Salamanna F, Veronesi F, Martini L, Landini MP, Fini M. Post-COVID-19 syndrome: the persistent symptoms at the post-viral stage of the disease. A systematic review of the current data. J Clin Med. 2021; 10(4): 591
5. Tingey JL, Bentley JA, Hosey MM. COVID-19: Understanding and mitigating trauma in ICU survivors. Psychol Trauma. 2020; 12: S100-s4.
6. Obuobi Asare N. Stigma as a social death for COVID-19 survivors in Ghana. Anthropol Now. 2020; 12(2): 48-59.
7. Saverino A, Zsirai E, Sonabend R, Gaggero L, Cevasco I, Pistarini C, et al. Health-related quality of life in COVID-19 survivors discharged from acute hospitals: results of a short-form 36-item survey [version 1; peer review: awaiting peer review]. F1000Res. 2021; 10: 122.
8. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. J Nurs Scholarsh. 2005; 37: 336-42.
9. Chen KY, Li T, Gong FH, Zhang JS, Li XK. Predictors of Health-Related Quality of Life and Influencing Factors for COVID-19 Patients, a Follow-Up at One Month. Front Psychiatry. 2020; 11: 668.
10. Betschart M, Rezek S, Unger I, Ott N, Beyer S, Böni A, et al. One-year follow-up of physical performance and quality of life in patients surviving COVID-19: a prospective cohort study. Swiss Med Wkly. 2021; 151: w30072.
11. Qu G, Zhen Q, Wang W, Fan S, Wu Q, Zhang C, et al. Health-related quality of life of COVID-19 patients after discharge: a multicenter follow-up study. J Clin Nurs. 2021; 30(11-12): 1742-50.
12. Islam M, Riaz B, Efa S, Farjana S, Mahmood F. Health-related quality of life of adult COVID-19 patients following one-month illness experience since diagnosis: findings of a cross-sectional study in Bangladesh. PLoS One. 2021; 16(12): e0260280.
13. Taboada M, Moreno E, Cariñena A, Rey T, Pita-Romero R, Leal S, et al. Quality of life, functional status, and persistent symptoms after intensive care of COVID-19 patients. Br J Anaesth. 2021; 126(3): e110-3.



14. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021; 27(4): 601-15.
15. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage.* 2011; 42(6): 954-60. [In Thai]
16. Jitapankul S, et al. Analysis of the elderly: key principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 1998. [In Thai]
17. Chopra V, Flanders SA, O'Malley M, Malani AN, Prescott HC. Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. *Ann Intern Med.* 2021; 174(4): 576-8.



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงต่ออาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบเสริม

อรุณศรี สารธิมา* และ นพมาศ พัดทอง**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงต่ออาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1-3 อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับยาเคมีบำบัดเสริม จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกง ตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบชีกง ของ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 3. แบบประเมินอาการ ได้แก่ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการวิตกกังวล วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96, .81, และ .80 ตามลำดับ และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา

1. คะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลภายหลังการร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง 2.16 (0.70), 6.67 (2.57) และ 34.85 (4.57) ตามลำดับ กลุ่มควบคุม 3.85 (0.76), 14.14 (1.27) และ 47.85 (4.07) ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริม/ การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกง/ อาการเหนื่อยล้า/ อาการนอนไม่หลับ/ อาการวิตกกังวล

* นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสมาชิกหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: noppamat.p@chula.ac.th



The effect of symptom management program combined with qigong on a symptom cluster of fatigue insomnia and anxiety in breast cancer persons undergoing adjuvant chemotherapy

Arunsri Saronthima * Noppamat Pudtong **

Abstract

Purpose: To compare the effect of the Symptom Management Program combined with Qigong on fatigue insomnia and anxiety in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy

Design: Quasi-experimental research

Methods: The sample group consisted of 42 female breast cancer patients who were diagnosed by physicians with stage 1 to 3 breast cancer, aged 20 years and older, and who had received adjuvant chemotherapy. The participants were divided into two groups: an experimental group and a control group, with 21 participants in each. They were matched in pairs based on age, cancer stage, chemotherapy regimen, and number of chemotherapy cycles. The control group received standard nursing care, while the experimental group received standard nursing care combined with the Symptom Management program combined with Qigong. This program was developed based on Dodd et al.'s (2001) Symptom Management Model and the Qigong mind-body management concept of Terdsak Dechkong (2002). The program consisted of: 1) Symptom experience assessment, 2) Symptom management combined with Qigong, and 3) Evaluation of the management of fatigue, insomnia, and anxiety. The data collection tools included: 1) Personal information record form, 2) Cancer-related information record form, 3) Symptom assessment tools: The Piper's fatigue scale, Insomnia severity index scale, and State-Trait Anxiety Inventory. The instruments were tested for content validity by 5 experts and tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .96, .81, and .80 respectively. Statistical techniques used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and independent t-test

Results:

1. The mean scores for fatigue, insomnia, and anxiety in the experimental group were 2.16 (0.70), 6.67 (2.57), and 34.85 (4.57) respectively, In the control group, the mean scores were 3.85 (0.76), 14.14 (1.27), and 47.85 (4.07) respectively.

2. Mean scores of fatigue, insomnia, and anxiety of the breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy who received symptom management program combined with qigong at posttest was significantly lower than those who receiving a conventional nursing care at the .05 level.

Conclusion: Symptom management program combined with qigong can effectively alleviate fatigue, insomnia, and anxiety in breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy.

Keyword: Symptom Management Program Combined with Qigong/ Breast Cancer/ Adjuvant Chemotherapy/ Fatigue/ Insomnia/ Anxiety

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(1) : 55-69

Article info: received July 13, 2024; revised June 10, 2025; accepted July 1, 2025

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Corresponding Author, Assistance Professor, Member of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research Advisor. E-mail: noppamat.p@chula.ac.th



บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลก พบอุบัติการณ์ทั้งในเพศหญิงและเพศชายโดยทั่วโลก มีผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ปีละประมาณ 2.3 ล้านคน โดยอัตราการเสียชีวิตอยู่ในอันดับที่ 5 ประมาณ 0.68 ล้านคนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทยมีรายงานสถิติปี พ.ศ. 2563 พบว่าโรคมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงคิดเป็น 39.8% และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้ที่เป็นส่วนใหญ่นั้นมีระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 2 คิดเป็น 32.5% และระยะที่ 3 คิดเป็น 29.6% ซึ่งในปัจจุบันแพทย์นิยมใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งการรักษาหลักคือ การผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด โดยการรักษาผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาแบบเสริม คือ การให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดก่อนมะเร็งออก (Adjuvant chemotherapy) โดยการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คิดเป็น 26.7%² ซึ่งพบว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงเพื่อยับยั้งและทำลายเซลล์มะเร็งลดการกลับมาเป็นซ้ำ รวมถึงเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม แต่ก็ส่งผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ ทางร่างกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ เม็ดเลือดแดงต่ำ เป็นต้น³ ทางด้านจิตสังคม เช่น ส่งผลให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป⁴ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมักมีอาการที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดตั้งแต่ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันและมีความสัมพันธ์กัน⁵ ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและอยู่ระหว่างรับยาเคมีบำบัด มักจะพบอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ซึ่งอาการเหนื่อยล้าในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบมากถึง 80-99%⁶ ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ว่าเหนื่อย หดแรงแทน อ่อน เพลีย ส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเกิดขึ้นได้จากพยาธิสภาพของโรคหรือเกิดจากยาเคมีบำบัดที่เข้าไปทำลายเซลล์มะเร็ง ทำให้มีของเสียอยู่ในร่างกาย เช่น กรดแลคติก ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน เป็นต้น⁷ หรือจาก

การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษาที่ได้รับ รวมทั้งวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมในการจัดการอาการเหนื่อยล้า อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ดำเนินชีวิตอยู่กับโรคและการรักษาเป็นเวลานาน ไม่ทราบถึงสิ่งที่ตนเองจะต้องเผชิญก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลขึ้น ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวทำให้ต้องใช้พลังงานมากขึ้นเกิดเป็นความเหนื่อยล้า⁸ อาการนอนไม่หลับพบได้ถึง 45-67.6% เป็นอาการที่ทุกข์ทรมานมากที่สุด¹⁰ เกิดจากความผิดปกติของวงจรการนอนหลับและการตื่นโดยผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีการดำเนินของโรคที่แย่ลง ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ อีกทั้งยังส่งผลต่อความรุนแรงในการดำเนินของโรค การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น การกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการรอดชีวิต 5 ปีของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมอีกด้วย และอาการวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมพบได้ 55.65% โดยอาการวิตกกังวลมีผลต่อการแพร่กระจายของโรคสูง 96.7% การกลับเป็นซ้ำ 93.3% และความไม่แน่นอนในชีวิต 83.8%¹¹ ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มักเกิดความวิตกกังวลต่ออาการป่วยของตนเองว่าจะกระทบต่อการดำเนินชีวิต ต่อความสามารถในการทำงาน การทำกิจกรรม การเข้าสังคม นำไปสู่ผลกระทบทางด้านร่างกาย อีกทั้งผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นส่งผลทำให้สมองหลั่ง stress ฮอรโมนมากขึ้น ร่างกายต้องทำงานและเผาผลาญมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ การเรียนรู้และความทรงจำลดลง¹² ยิ่งยั้งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายของเซลล์ได้ง่ายขึ้น²

การพยาบาลผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ปัจจุบันให้ความสำคัญต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยเคมีบำบัด การป้องกันอาการติดเชื้อและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวข้อง



กับการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลให้อาการมีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรจัดการกับสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน แนวคิดการจัดการกับอาการ กล่าวถึง แนวคิดหลัก 3 ประการ คือประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการโดยการจัดการกับอาการนั้นต้องมุ่งเน้นที่การปรับประสบการณ์ การประเมินและตอบสนองต่ออาการ และปรับกลวิธีจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้อาการรุนแรงลดลงหรือป้องกันการเกิดอาการ¹³ ดังนั้น หากมีการรับรู้ที่สอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกันระหว่างผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมและพยาบาลจะทำให้การจัดการอาการมีประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทราบถึงกลวิธีจัดการอาการต่าง ๆ ที่ส่งผลดีและสามารถจัดการกับอาการให้ดีขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อ เกิดความมั่นใจ และปฏิบัติตามกลวิธีนั้น ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถจัดการกับสาเหตุของกลุ่มอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลได้ ก็จะสามารถช่วยบรรเทาและป้องกันผลกระทบจากอาการดังกล่าวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลักฐานเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล เช่น การฝึกโยคะเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ การเดินออกกำลังกายเพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับ การนวดกดจุดสะท้อนเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล และการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาโปรแกรมที่สามารถจัดการอาการได้เพียง 1-2 อาการ ซึ่งในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักไม่เกิดอาการเดียว ส่วนใหญ่จะมีหลายอาการร่วมกันในเวลาเดียวกัน หากมีโปรแกรมที่สามารถจัดการกลุ่มอาการได้ โดยเมื่อจัดการอาการใดอาการหนึ่งให้ดีขึ้นก็จะช่วยอาการอื่นให้ดีขึ้นด้วย การนำศาสตร์ทางเลือกแบบผสมผสานอย่างเป็นองค์รวมที่สามารถนำมาใช้เพื่อดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อให้เกิด

ประโยชน์ที่ดี สามารถปฏิบัติได้ง่าย โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จะสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลได้

การบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งเป็นการบริหารกาย การบริหารจิต และบริหารลมปรานร่วมกัน เป็นการบริหารร่างกายแบบแอโรบิกร่วมกับการหายใจที่ถูกต้องและการฝึกจิตเพื่อให้เกิดสมาธิและการผ่อนคลายพร้อม ๆ กัน การเคลื่อนไหวร่างกายทำให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญของการหายใจรวมทั้งทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีกว่าปกติ ลดการสะสมของกรดแล็กติกทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อน้อยลง ส่งผลให้รู้สึกผ่อนคลาย ความเหนื่อยล้าและอาการนอนไม่หลับลดลง¹⁴ ในส่วนของการฝึกหายใจจะส่งผลกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 นั้นจะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง ทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งการฝึกจิตทำให้เกิดสมาธิและสงบไปพร้อม ๆ กับการเคลื่อนไหวและการหายใจ ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย ลักษณะเช่นนี้ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่นขึ้นทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดฝอยส่วนปลายส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง อัตราการหายใจช้าลง การหายใจที่ลึกและช้าลงมีผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีมากขึ้น รวมทั้งทำให้จิตใจเข้มแข็งขึ้น¹⁵ การที่จิตใจเข้มแข็งขึ้นย่อมส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น จากแนวคิดที่ว่ากายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยของร่างกายย่อมมีผลต่อจิตใจ ในทำนองเดียวกันเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตก็ย่อมมีผลกระทบต่อกายด้วยเช่นกัน ดังนั้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงกจะช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลได้

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก โปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จัดการกับอาการ



เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และวิตกกังวล โดยการประยุกต์แนวคิดการจัดการกับอาการและแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับการฝึกหายใจและการทำสมาธิ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1. ประเมินอาการและประสบการณ์ของผู้ป่วย 2. ให้ความรู้เรื่องอาการวิธีจัดการกับอาการและฝึกทักษะบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ (3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์) 3. การติดตามผลการจัดการอาการ ซึ่งโปรแกรมนี้เน้นการดูแลตนเอง ทำได้ง่ายที่บ้าน ไม่เสียค่าใช้จ่าย และช่วยให้อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และวิตกกังวลดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ

ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

คำถามการวิจัย

อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริม หลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์
ประยุกต์แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การมีอาการ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากลวิธีจัดการอาการ ประกอบด้วย

2.1 ให้ความรู้ ในเรื่องอาการของโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับสาเหตุและผลกระทบจากการรักษา การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล

2.2 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลการจัดการอาการ โดยวิเคราะห์ประโยชน์ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน รวมถึงการนัดติดตามทางโทรศัพท์

อาการ
เหนื่อยล้า
นอนไม่หลับ
วิตกกังวล



แนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยคือแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ขั้นตอนนี้เปิดโอกาสให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมได้เล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับกลุ่มอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลในมุมมองของตนเอง ว่ามีการรับรู้ เข้าใจสาเหตุและประเมินความรุนแรง ผลกระทบต่อชีวิต และประสบการณ์การจัดการอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไรมาก่อน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมและผู้วิจัย 2) กลวิธีจัดการกับอาการ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะให้ความรู้ในเรื่องอาการของโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบจากการรักษา การจัดการกับอาการ และการพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ เพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับสาเหตุได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งมีทักษะที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ โดยการติดตามผล ประเมินปัญหาและอุปสรรค เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งหลักการดังกล่าวนี้จะช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบเสริม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control groups design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1-3 อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่อยู่ในระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด

เสริมหลังการผ่าตัดในหน่วยเคมี โรงพยาบาลเลิดสิน จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1-3 อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสินได้รับยาเคมีบำบัดเสริมหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy) 4 สัปดาห์หรือกระทั่งแผลหาย โดยกระบวนการจับคู่ (Matched pair) อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ยาเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน และจำนวนรอบของการได้รับเคมีบำบัด และดำเนินการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน รวมทั้งสิ้น 42 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนดสถิติสำหรับการวิเคราะห์ที่เป็น independent t-test ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่เท่ากับ 0.8 จากงานวิจัยของชัชฎาพร พุทธเสน (2558) ที่ศึกษาเรื่องผลของการจัดการกับอาการด้วยตนเองร่วมกับการฝึกโยคะต่อความเหนื่อยล้าและการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมี $\bar{X}_1 = 2.90$, $\bar{X}_2 = 1.49$, $SD1 = 1.34$, $SD2 = 0.80$ และกำหนดอำนาจทดสอบ 0.8 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 42 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการผ่าตัดแบบ Radical mastectomy หรือ Modified radical mastectomy
2. มีอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล โดยประเมินจากการรับรู้อาการจากการใช้แบบสอบถามประสบการณ์อาการ (The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)) ประเมินเพียง 3 อาการ ซึ่งจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่า “มีอาการ” ครบทั้ง 3 อาการ



3. ไม่มีความผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัดเต้านม
4. ไม่เคยรับการฝึกชี่กงเพื่อบรรเทาอาการ และผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดมาก่อน
5. ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
6. มีโทรศัพท์ smart phone ที่สามารถใช้ Application line ได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบ 6 สัปดาห์ ตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา เบอร์โทรศัพท์ 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ประกอบด้วย ระยะของโรค ชนิดของการผ่าตัดเต้านม จำนวนรอบและจำนวนครั้งเคมีบำบัดที่ได้รับ วันที่ได้รับเคมีบำบัดล่าสุด เป็นลักษณะเติมคำในช่องว่างบันทึกโดยผู้วิจัย 3) แบบประเมินความเหนื่อยล้าโดยใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์¹⁶ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพ็ญใจ โตโลการ (2545) ข้อคำถามเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง (Linear analogue scale) โดยปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ทางซ้ายมือกำกับด้วยข้อความ “ไม่เลย” ทางขวากำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” มีจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน (1) พฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า จำนวน 6 ข้อ (2) ความหมายของความเหนื่อยล้า จำนวน 5 ข้อ (3) ด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 5 ข้อ (4) ด้านสติปัญญาอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ การประเมินความเหนื่อยล้ามีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-220 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงเป็นที่ยอมรับ ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่น ของเครื่องมือ

กับกลุ่มทดลอง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92 4) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธิญา แก้วแพง (2547)¹⁷ โดยเป็นการประเมินการนอนไม่หลับ 4 ด้าน คือ 1) การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep) 2) การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep) 3) การตื่นเช้ากว่าปกติ และไม่สามารถหลับต่อได้ 4) ผลกระทบรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย และ 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน และแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (0-7) มีอาการเริ่มต้นของการนอนไม่หลับ (8-14) มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (15-21) มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (22-28) มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงเป็นที่ยอมรับ ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ กับกลุ่มทดลอง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.81 5) แบบประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1983) ที่มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory STAI Form Y-1 ซึ่งแบบวัดนี้ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ประกอบด้วยคำถามที่แสดงความรู้สึกวิตกกังวลทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20) และแสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ (ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18) แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก และมีมากที่สุด โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ มีความวิตกกังวลระดับต่ำ (20-40), มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง (40-60) มีความวิตกกังวลระดับสูง (61-80) มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงเป็นที่ยอมรับ ผู้วิจัยนำไปทดสอบ



ความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มทดลอง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกิง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)¹³ ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกิง ของ เทอดศักดิ์ เคชขง¹⁵ คู่มือการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและวิตกกังวล (หนังสืออิเล็กทรอนิกส์) และวีดิทัศน์การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีกิง ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน แล้วนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษาและสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์กับผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด 3 ราย

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ 1. แบบบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบชีกิง 2. แบบบันทึกการจัดการอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้องเหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน (เลขที่ LH661057) เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ภายหลังได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย และจะถูกทำลายภายหลังสิ้นสุดการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2567- เดือนพฤษภาคม 2567 ผู้วิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและให้โปรแกรมด้วย

ตนเองเป็นรายบุคคล โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน โดยกลุ่มทดลองวันพฤหัสบดีและกลุ่มควบคุมวันอังคาร วันละ 1-2 คน โดยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องทำ และผลลัพธ์ที่จะนำไปใช้ โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วย ในกลุ่มทดลองจะมีการแจ้งเรื่องการนัดผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 2 และ 3 ในวันที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมารักษาเคมีบำบัดในครั้งถัดไป โดยผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยให้ตรงตามคุณสมบัติ และคัดกรองถึงการมีอาการของกลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 3 อาการ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลองผู้วิจัย คัดเลือกและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยสำรวจรายชื่อผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมจากหน่วยเคมีบำบัด

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ดำเนินการวิจัยดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล จากนั้นประเมินความรุนแรง ผลกระทบต่อชีวิต และประสบการณ์การจัดการอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล และการพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบชีกิง สำหรับการจัดกิจกรรมรายบุคคล ใช้เวลา 60-75 นาที โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกิงจากนั้นให้ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบชีกิง และให้กลุ่มทดลองเริ่มฝึกไปพร้อม ๆ กับผู้วิจัย เมื่อมีข้อผิดพลาดจะค่อย ๆ อธิบายแก้ไข และกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้อง หลังจากการฝึกจะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการฝึกปฏิบัติและปัญหาที่เกิดขึ้น และให้คำปรึกษา แนะนำให้ฝึกอย่างต่อเนื่อง แนะนำ



ระยะเวลาในการฝึก คือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ใช้เวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ จากนั้นมอบสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการบรรเทาอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและวิตกกังวลด้วยการบริหารกาย-จิตแบบซิงกไปฝึกต่อที่บ้าน ในการฝึกที่บ้าน และแจ้งว่าจะมีการโทรติดตามเพื่อกระตุ้นทุกสัปดาห์ระหว่างสัปดาห์ที่ 2-6 และนัดพบกับผู้วิจัยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 6 พร้อมทั้งนัดทำแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเปิดโอกาสให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมซักถามข้อสงสัย ตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมจากแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกซิงกในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และวิตกกังวลไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร ประเมินความสม่ำเสมอในการบริหารกาย-จิตแบบซิงก โดยดูจากบันทึกตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้ตอบแบบประเมินประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มควบคุมพบพยาบาลประจำการตีกผู้ป่วย ให้คำแนะนำทั่วไปในเรื่องการรักษา มะเร็งเต้านมด้วยยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษา การให้คำแนะนำและให้ความรู้จะเป็นการให้แบบรายบุคคล ตอบคำถามและอธิบาย ข้อสงสัยตามความเหมาะสมในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมแต่ละคน ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

และประเมินประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค มะเร็งและการรักษาที่ได้รับผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 ประเมินประสบการณ์ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลในวันที่นัดมารับเคมีบำบัด และภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยได้แนะนำโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก พร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก และวีดิทัศน์การฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก 4 ท่าแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมกลุ่มควบคุมทุกราย

3. ขั้นตอนผลการทดลอง

ติดตามผลการจัดการอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) และ หาค่าร้อยละ (percentage)

2. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและวิตกกังวลของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติโดยใช้สถิติทดสอบ Independent T-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คนพบว่า อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 52.4) มีสภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.9) มีระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 47.61) ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 33.33) และธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 22.42)



มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 30.95) และ 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 26.19) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 66.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 69.05) ได้รับเคมีบำบัดชนิด AC (ร้อยละ 85.71) อยู่ในจำนวน รอบที่ 2 (ร้อยละ 59.52) และได้รับเคมีบำบัดล่าสุดอยู่ในช่วง 3 สัปดาห์ (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ก่อน-หลัง การได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกิง (n = 21) และการได้รับการพยาบาล แบบปกติ (n = 21)

	Mean	SD.	ระดับ	Z ^a	P-Value
กลุ่มทดลอง					
คะแนนความเหนื่อยล้า					
ก่อนทดลอง	3.35	0.88	เล็กน้อย	-2.73	0.006
หลังได้ทดลอง	2.16	0.70	เล็กน้อย		
คะแนนการนอนไม่หลับ					
ก่อนทดลอง	12.95	2.72	มีอาการเริ่มต้น	-3.79	<0.001
หลังได้ทดลอง	6.67	2.57	ไม่มีอาการเลย		
คะแนนอาการวิตกกังวล					
ก่อนทดลอง	44.38	6.40	ปานกลาง	-3.08	0.002
หลังได้ทดลอง	34.85	4.57	ต่ำ		
กลุ่มควบคุม					
คะแนนความเหนื่อยล้า					
ก่อนทดลอง	3.59	0.81	เล็กน้อย	-2.87	0.004
หลังได้ทดลอง	3.85	0.76	เล็กน้อย		
คะแนนนอนไม่หลับ					
ก่อนทดลอง	11.57	4.16	มีอาการเริ่มต้น	-2.13	0.032
หลังได้ทดลอง	14.14	1.27	มีอาการเริ่มต้น		
คะแนนอาการวิตกกังวล					
ก่อนทดลอง	44.28	2.83	ปานกลาง	-3.84	<0.001
หลังได้ทดลอง	47.85	4.07	ปานกลาง		

กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 , Z^a = Wilcoxon signed ranks test



จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้า 3.35 และ 3.59 ตามลำดับ และเมื่อแปลผลความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยการนอนไม่หลับ 12.95 และ 11.57 ตามลำดับ เมื่อแปลผลอาการนอนไม่หลับอยู่ในระยะเริ่มต้น ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวล 44.38 และ 44.28 ตามลำดับ เมื่อแปลผลอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก (n = 21) และการได้รับการพยาบาลแบบปกติ (n = 21)

	Mean	SD.	ระดับ	t	df	P-Value
ความเหนื่อยล้า						
กลุ่มควบคุม	3.857	0.767	เล็กน้อย	-7.465	40	<0.001*
กลุ่มทดลอง	2.160	0.705	เล็กน้อย			
การนอนไม่หลับ						
กลุ่มควบคุม	14.143	1.276	มีอาการเริ่มต้น	-11.919	29.6	<0.001*
กลุ่มทดลอง	6.667	2.576	ไม่มีอาการ			
อาการวิตกกังวล						
กลุ่มควบคุม	44.286	2.831	ปานกลาง	-9.721	40	<0.001*
กลุ่มทดลอง	34.857	4.575	ต่ำ			

กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริมกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.857 ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย และกลุ่มทดลองกับ 2.16 ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริมหลังกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.143 อยู่ในระดับมีอาการเริ่มต้นของการนอนไม่หลับและกลุ่มทดลอง เท่ากับ 6.667 อยู่ในระดับไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย เมื่อนำ

มาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการนอนไม่หลับสูงกว่ากลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริมหลังกลุ่มควบคุมเท่ากับ 44.286 อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 34.857 อยู่ในระดับต่ำ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ มีอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Zeng Y. et al. (2014)¹⁸ ประโยชน์ต่อสุขภาพของซิงก์หรือไทเก็กในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษพบว่า อาการวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{X} = -0.93$ (95% CI: -1.80 ถึง -0.06) $p = 0.04$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ (2015)¹⁴ ศึกษาการออกกำลังกายแบบซิงก์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อคุณภาพการนอนหลับ ผลการศึกษพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม จึงอธิบายได้ว่า การจัดการอาการอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลในผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยจากขั้นตอนของโปรแกรมฯ ขั้นตอนที่ 1 เริ่มจากการประเมินประสบการณ์อาการเริ่มโดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุย ระบาย เล่าถึงประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลหลังได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อประเมินประสบการณ์การรับรู้ มุมมอง ความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยหลังจากประเมินประสบการณ์อาการแล้ว ขั้นตอนที่ 2 จะเริ่มให้ความรู้โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น และแนะนำวิธีในการจัดการอาการเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวแลกเปลี่ยนพูดคุยถึงความเป็นไปได้ในการใช้กลวิธีนั้น ๆ โดยให้ผู้ผู้ป่วยข้อมูลและพูดคุยเป็นรายบุคคลตามความเหมาะสม ในขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับตนเองได้ โดยกิจกรรมบางอย่างผู้ป่วยสามารถ

ลดหรือเพิ่ม เช่น เลือกการนอนพักในเวลากลางวัน ซึ่งในบางราย เลือกจะเปลี่ยนแบบแผนการนอนเพื่อให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวัน บางรายเลือกวิธีการลดการใช้การออกกำลังกายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการเหนื่อยล้าสำหรับอาการนอนไม่หลับ เนื่องจากผู้ป่วยทุกราย มีการได้รับยานอนหลับตามคำสั่งแพทย์ ผู้ป่วยในช่วงแรกมีการใช้ยาตามคำสั่งในช่วง 5 วันแรกหลังการรักษา และมีการนำกลวิธีที่แนะนำไปใช้ เช่น การจับหลักในช่วงเวลากลางวัน การงดดื่ม ชา กาแฟ ซึ่งในบางรายให้เหตุผลว่าตนเองต้องดื่มกาแฟทุกวันเพราะหากไม่ดื่มจะรู้สึกปวดศีรษะ หรือหงุดหงิด แต่ใช้วิธีในการปรับลดปริมาณกาแฟ หรือเลี่ยงโดยการดื่มกาแฟที่ไม่มีคาเฟอีนแทน มีการปรับแบบแผนการเข้านอนให้ตรงเวลา ซึ่งหลังจาก 3 สัปดาห์ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีกลุ่มทดลอง 8 ราย ให้ข้อมูลว่าตนเองมีการใช้ยานอนหลับที่แพทย์ได้ให้มาในปริมาณที่ลดลง 2 ราย ไม่ใช้ยานอนหลับเลยและไม่มีอาการนอนไม่หลับอีกเลย สำหรับอาการวิตกกังวลนั้น เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 100 ให้ข้อมูลว่าเมื่อตนเองมีความวิตกกังวลหรือกลัวใจ จะใช้วิธีการพูดคุยกับคนใกล้ชิดเป็นหลัก โดยการใช้การพูดคุยกับสามี พ่อแม่ ญาติ หรือเพื่อน เพื่อให้เกิดความสบายใจ ซึ่งนอกจากนั้นยังใช้วิธีในการเบี่ยงเบนความสนใจในการหากิจกรรมทำ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง นั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้ ทำอาหาร ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายต่างใช้กลวิธีต่าง ๆ ตามความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละคน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองเป็นอย่างดี ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย มีคุณสมบัติที่คอยให้กำลังใจและให้คำปรึกษา อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความตั้งใจในการที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยสังเกตจากการพูดคุย ความชัดเจนในการจะแก้ไขปัญหาเพื่อบรรเทาอาการที่ตนเองเป็น นอกจากนี้ยังได้ข้อมูลดังกล่าวยังมีการใช้สื่อในการสอน และมีการมอบเอกสารเพื่อกลับไปทบทวนที่บ้าน ในขั้นตอนที่ 3 จะมีการติดตามผล ประเมินปัญหาและอุปสรรค โดยโทรติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการและการฝึกซิงก์ อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน



กับผู้วิจัย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพขึ้น โดยผู้วิจัยได้มีการใช้การดูแลแบบผสมผสานร่วมด้วยเป็นการรักษาร่วมกับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและการฟื้นหายจากโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว การบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันเป็นการบริหารร่างกายแบบแอโรบิกร่วมกับการหายใจที่ถูกต้องและการฝึกจิตเพื่อให้เกิดสมาธิและการผ่อนคลายพร้อม ๆ กันการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญของการหายใจรวมทั้งทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีกว่าปกติ ลดการสะสมของกรดแล็กติกทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อน้อยลง ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรู้สึกผ่อนคลาย ความเหนื่อยล้าและอาการนอนไม่หลับลดลง¹⁴ ในส่วนของการฝึกหายใจจะส่งผลกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 นั้นจะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง ทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งการฝึกจิตทำให้เกิดสมาธิและสงบไปพร้อม ๆ กับการเคลื่อนไหวและการหายใจ ก่อให้เกิดการผ่อนคลายลักษณะเช่นนี้ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่นขึ้นทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดฝอยส่วนปลายส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง อัตราการหายใจช้าลง การหายใจที่ลึกและช้าลงมีผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีมากขึ้น รวมทั้งทำให้จิตใจเข้มแข็งขึ้น¹⁵ การที่จิตใจเข้มแข็งขึ้นย่อมส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น จากแนวคิดที่ว่ากายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยของร่างกายย่อมมีผลต่อจิตใจ ในทำนองเดียวกันเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตใจก็ย่อมมีผลกระทบต่อกายด้วยเช่นกัน ผู้วิจัยจึงพัฒนา

โปรแกรมการจัดการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันเพื่อลดกลุ่มอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางแพทย์สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติโดยนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และวิตกกังวล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพขึ้น

2. ด้านการบริหาร ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันให้กับพยาบาล โดยการพัฒนาทักษะการออกกำลังกายแบบซึ่งกันให้กับพยาบาล และทำให้พยาบาลเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของโปรแกรดังกล่าว เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วยมะเร็ง

3. ด้านวิจัย ควรมีการศึกษาในลักษณะการขยายองค์ความรู้ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกัน เพื่อในการบำบัดอาการบวมนอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลิดสิน รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านในการทำวิจัยครั้งนี้



References

1. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021; 71(3): 209-249.
2. Cancer association of Thailand. Breast surgical oncology Thai breast disease society. Bangkok: 2018. [In Thai]
3. Dusrak D. Nursing care for patients with cancer. Bangkok: Danex intercorporation company limited; 2017. [In Thai]
4. Pereira MG, Ribeiro C, Ferreira G, Machado JC, Leite Â. The indirect effect of body image on distress in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Health Psychol Rep*. 2021 Feb 17; 10(1):47-57. doi:10.5114/hpr.2022. 113381. PMID: 38084367; PMCID: PMC10501426.
5. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*. 2001;33(5):668-676.
6. Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., et al. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of clinical oncology*. 2000; 18(4): 743.
7. Lacourt TE, Kavelaars A, Tripathy D, Heijnen CJ. Associations between fatigue and cellular metabolism in breast cancer patients: A longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*. 2022 Oct; 144: 105866. doi: 10.1016/j.psyneuen.2022. 105866. Epub 2022 Jul 11. PMID: 35853380; PMCID: PMC12147089.
8. Lopsunthorn N et al. The Effects of Cancer -Related Fatigue Symptom Management Program through Walking Exercise and Pray Therapy on Quality of Life of Breast Cancer Patients. *Journal of the Army Medical Department*. 2018; 19 (Special issue): 88-99. [In Thai]
9. Weng, Y. P., Hong, R. M., Chen, V. C. H., Tsai, C. J., et al. Sleep Quality and Related Factors in Patients with Breast Cancer: A Cross-Sectional Study in Taiwan. *Cancer Management and Research*. 2021; 13:4725.
10. Suwisith, N., Hanucharunkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2008; 12(3): 153-165.
11. Kasetwetin S, Prommin Na. Effects of Providing Information on Anxiety In Breast Cancer Patients Before surgery. *udhhosmj [internet]*. 2018 Dec. 4 [cited 2025 Jun. 15];25(2):162-70. [In Thai]
12. Wattananukij P, Srimorakot P, Pongthavornkamol K, Chuthapisith S. Factors predicting anxiety and depression among newly diagnosed breast cancer patients. *J Royal Thai Army Nurses [Internet]*. 2019 Aug 21 [cited 2025 Jun 15];20(2):262-71. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/171765> [In Thai]



13. Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. In *Oncology nursing forum*. 2001; 28(3)
14. Liu, W., Schaffer, L., Herrs, N., Chollet, C., & Taylor, S. Improved sleep after Qigong exercise in breast cancer survivors: A pilot study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*; 2015; 2(4): 232-9.
15. Terdsak Dechkong. Qigong, a powerful method for healing. Bangkok: Moh-Chao-Ban Publishing House; 2009
16. Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., et al. The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. In *Oncology nursing forum*. Oncology Nursing Society. 1998; 25(4): 677-684
17. Keawphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients [Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science Program]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. [In Thai]
18. Zeng Y, Luo T, Xie H, Huang M, Cheng ASK. Health benefits of Qigong or Tai Chi for cancer patients: a systematic review and meta-analyses. *Complement Ther Med*. 2014 Feb; 22(1):173–86. doi: 10.1016/j.ctim.2013.11.010.



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ศิริพร พึ่งตน*, สุดาพร สติดยุทธการ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชนที่มารับบริการแผนกจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จำนวน 40 คน จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและเพศ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1)โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ 2)แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 3)แบบวัดความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน/ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา/ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว/ แอปพลิเคชันไลน์

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(1) : 70-83

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
E-mail: 6470051036@student.chula.ac.th

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



The effect of family psychoeducation integrated with line application program on medication adherence behavior among persons with schizophrenia in community

Siriphon Phuengton*, Sudaporn Stithyudhakarn**

Abstract

Purpose: to compare the medication adherence behaviors of persons with schizophrenia in the community before and after receiving a program, and to compare the medication adherence behaviors between the group that received the program and the group that received routine nursing care.

Design: This quasi-experimental research

Methods: The sample consisted of 40 persons with schizophrenia and their caregivers from the psychiatric and drug addiction clinic at Ongkharak Hospital, matched pairs by age and gender. The research instruments included: 1)Family Psychoeducation Program integrated with LINE application, 2)Medication Adherence Behavior Measurement tool, and 3)Knowledge and Understanding Questionnaire for persons with schizophrenia and their caregivers. All instruments were validated by five experts. The data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test statistics.

Results: 1. who received the family psychoeducation program integrated with the LINE application were significantly higher than before receiving the program, with statistical significance at the .05 level.

2. The medication adherence behaviors of persons with schizophrenia who received the family psychoeducation program integrated with the LINE application were significantly higher than those in the routine nursing care group, with statistical significance at the .05 level.

Conclusion: The family psychoeducation program integrated with the LINE application were improve the medication adherence behaviors of persons with schizophrenia in the community

Keywords: Schizophrenia in community/ Medication adherence behavior/ Family psychoeducation/ Line application



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยทางจิตพบมากที่สุด ซึ่งปัจจุบันพบมากกว่า 21 ล้านคน โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคพบร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก¹ ข้อมูลสถิติรายงานผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการประจำปี 2564 และปี 2565 มีจำนวน 284,273 และ 314,250 ราย โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเมื่อหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วกลับไปอยู่ในชุมชนจะพบปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาถึงร้อยละ 50² ซึ่งปัญหาที่พบ ได้แก่ มักใช้ยาผิดเวลา ใช้เมื่อมีอาการผิดปกติ หยุดใช้ยาหรือปรับลดปริมาณยาด้วยตนเอง พบในผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมากกว่าหญิง³ ร้อยละ โดยพบในช่วง 59 ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก 3 ใน 1 ปีแรกของการรักษาและพบเป็นสัดส่วน 1 บ่อยครั้งมีอาการกำเริบซ้ำมาจากการรักษาไม่ต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้และต้องกลับมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล⁴ รวมทั้งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น รู้สึกวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้และมีปัญหาสุขภาพตามมา⁵

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่มีอาการทางลบมากกว่าอาการทางบวกและมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง พยาธิสภาพโรคจิตเภทนี้มีผลต่อสมองทำให้การรับรู้และความคิดของผู้ป่วยผิดปกติ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยในการใช้ยาต้านโรคจิตจะทำให้อาการทางจิตสงบและยังลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 70 โดยวิธีการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน⁶ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษา มักอยู่ในระยะอาการหลงเหลือและมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว⁷

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำต่อการรักษาอาการทางจิตด้วยยาพร้อมสังเกตอาการและ

จัดการอาการข้างเคียงโดยจะแสดงพฤติกรรม 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ใช้ยาถูกต้องและตรงเวลา รับประทานยาไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกันหรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ สามารถวัดได้โดยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)⁸ สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999)⁹

จากการทบทวนปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา³ แบ่งออกเป็นปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและครอบครัว 3) ปัจจัยด้านการรักษา และ 4) ปัจจัยด้านทีมบุคลากร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกจัดทำกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยยังคงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา **ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย** ได้แก่ *การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย* จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองลดลงไม่รับประทานยาและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานยาได้ดีและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและครอบครัว** มีความสำคัญเนื่องจากเป็นองค์ประกอบหลักที่มีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) *การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์* เช่น แสดงท่าทางรังเกียจ การดูต่ำ ควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปทำให้เกิดความเครียดสูง ขาดแรงกระตุ้น เกิดการรับรู้ทางสังคมในเชิงลบ³ หากผู้ดูแลเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดการเพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา 2) *การมีส่วนร่วมของครอบครัว* โดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแลจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา มากกว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่เพียงลำพัง³ เฉพาะอย่างยิ่งการมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การพาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล คอยกระตุ้นเตือนและตรวจสอบการรับประทานยา



เป็นต้น และ 3) ความยากลำบากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทำให้เกิดอุปสรรคในการเดินทางส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีอัตราการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออยู่ในระดับต่ำ ซึ่งหากจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวมานี้จะสามารถช่วยเพิ่มความรู้ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในครอบครัวมากขึ้นรวมถึงสามารถเข้าถึงบริการในการติดตามการรักษาที่บ้านทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาและมีอาการทางจิตดีขึ้นและลดการกลับเป็นซ้ำ¹⁰

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980)¹¹ เป็นรูปแบบเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม และเกิดความร่วมมือในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยการบำบัดรักษาของการวิจัยครั้งนี้เน้นให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวในเรื่องอาการ กระบวนการของความผิดปกติ และสิ่งที่สมาชิกครอบครัวควรทำประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การพัฒนาให้ครอบครัว (family education) 3) การฝึกทักษะจัดการกับปัญหา (problem solving) 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping) และ 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ โดยสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดูแล ช่วยสร้างความเข้มแข็งในการค้นหาปัญหาและการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เสริมสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว¹² ลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดี กระตุ้นการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในการดูแลตนเองส่งผลต่ออาการทางจิตลดลง¹³ อีกทั้งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีคอยช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาในรูปแบบของกิจกรรมที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ออกเดินทางมาพบหน้าเพื่อทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง ที่โรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่

ในชุมชนยังคงมีอุปสรรคในเรื่องการเดินทางเข้ามารับบริการ ซึ่งในแต่ละครั้งต้องใช้เวลาและมีค่าใช้จ่ายเพื่อมารับการบำบัดและร่วมทำกิจกรรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยรวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเกิดการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง

การพยาบาลตามปกติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของโรงพยาบาลองค์กรเกษียณหน่วยงานจิตเวชรับผิดชอบทำให้เกิดการดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคและการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ข้อมูล พบว่า ในด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลมีอุปสรรคการคมนาคมเข้าถึงบริการทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หากผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องเดินทางเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางบางครั้งผู้ดูแลต้องทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัวจึงไม่สะดวกพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง¹⁰

ในสังคมปัจจุบันมีการติดต่อสื่อสารอย่างแพร่หลายและทั่วถึงแบบไร้รอยต่อ โดยจากข้อมูลรายงานสถิติ Thailand Digital Stat 2022¹⁴ ที่ผ่านมามีพบว่า ประชากรในประเทศไทยใช้เวลาในการเข้าใช้งานแอปพลิเคชันไลน์บน Smartphone ถึงร้อยละ 92.8¹⁴ แสดงให้เห็นว่าประชากรให้ความสำคัญกับการใช้งานและเป็นที่ยอมรับ นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้ในหลากหลายหน่วยงานและในเชิงพาณิชย์ สามารถเข้าถึงง่ายรับส่งข้อมูลได้อย่างสะดวกรวดเร็วและตามเวลาจริง ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางจึงเป็นที่นิยมบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับใช้ในการติดต่อสื่อสารได้เป็นอย่างดี¹⁵



รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอาการหรือความผิดปกติของโรค ปัญหาจากการใช้ยาผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาตามนัด หากนำแอปพลิเคชันไลน์บนสมาร์ตโฟนมาใช้ติดตามผู้ป่วยในชุมชนที่มีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการจะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการแบบไร้รอยต่อที่บ้าน เป็นการประหยัดเวลาและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังสามารถเป็นช่องทางให้ความรู้ฝึกทักษะต่าง ๆ คอยกระตุ้นและแจ้งเตือนการรับประทานยาเพื่อให้เกิดการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง¹⁶ จึงเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับพยาบาลจิตเวชในการนำเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทเพื่อติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านผู้วิจัยจึงนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการศึกษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งได้พัฒนาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว(Family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980)¹¹ เป็นกรอบแนวคิดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม เกิดการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านลดอาการกำเริบและป้องกันกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวมาบูรณาการร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์นี้ เป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อก่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยและการรักษา สามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้ มีการยอมรับภายในครอบครัวมากขึ้น เกิดความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้



โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์
พัฒนาขึ้นตามแนวคิด สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation)
ของ Anderson et al. (1980)¹¹ โดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์
ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพ (Joining)

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมถึงผู้วิจัย โดยแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์การเจ็บป่วย ความรู้และความเข้าใจโรคจิตเภท การจัดการปัญหา
การจัดการความเครียดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ครอบครัว (Family Education)
โดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์

- สำรวจปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทรวมทั้งติดตามผลกิจกรรมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 : การฝึกการจัดการกับปัญหา (Problem Solving)
โดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์

- สนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา
ตั้งเป้าหมายและระบุแนวทางการแก้ไขร่วมกันรวมทั้งติดตามผลกิจกรรมผ่าน
ทางแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมที่ 4 : การฝึกการผ่อนคลายความเครียด (Coping) โดยบูรณาการ
กับแอปพลิเคชันไลน์

- พัฒนาทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล เผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
รวมทั้งติดตามผลกิจกรรมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5 : การสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Support)

- พัฒนาทักษะทางสังคมและแหล่งประโยชน์ให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ กับ
ผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ประเมินผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ที่ผ่านมา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษา (Farragher, 1999)⁹

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบ
กลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Control
Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิต
ศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อ
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
(F20.0-F20.9) ตามระบบการจัดหมวดหมู่โรคของ
องค์การอนามัยโลก (ICD-10) เข้ารับการรักษาในแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป ระดับทุติยภูมิ 2. ครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วย
จิตเภท



กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งเพศชายและหญิงอาศัยอยู่ในชุมชนมีอายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการแบบแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลองค์กรักษ์ 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งเพศชายและหญิงที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ระดับ .05 และประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้จากศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล¹⁷ ที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษานี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลที่ 0.93 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างทดลอง (Drop out) ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched pairs) ด้วยอายุและเพศ¹²

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อการเฝ้าตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et

al. (1980)¹¹ ทั้งหมด 5 กิจกรรม 4 สัปดาห์ นานครั้งละ 45-90 นาที บูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)⁸ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980)¹¹ ใช้วัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ใช้วัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุการดำเนินของโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารเลขที่ NPHO ๒๗๒๓-๐๓๘ ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ และอนุมัติวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงลงชื่อยินยอมในใบยินยอม Consent from การเข้าร่วมการวิจัย



ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ได้แก่ 1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง 2) พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 3) เตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย 4) เตรียมผู้ช่วยในการวิจัยเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช และอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัยรวมทั้งเครื่องมือใช้ในการวิจัยให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน 5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดำเนินการวางแผนและนัดหมายกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม 4 สัปดาห์ 6) ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)^๖

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ได้แก่ 1) ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด 2) กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ศึกษาทั้งหมด 5 กิจกรรม นานครั้งละ 45-90 นาที 3) สรุปขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ระยะประเมินผลการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการกำกับทดลองและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 7 แล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติ SPSS ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample T-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent T-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงในตารางที่ 1 และ 2



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม							
	(n = 20)		(n = 20)				
	Mean	SD	Mean	SD	t	p-value	
กลุ่มทดลอง							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	3.01	0.49	4.39	0.42	11.670	<.001*	
ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.19	0.31	4.62	0.29	15.188	<.001*	
รวมพฤติกรรม	3.10	0.19	4.50	0.24	26.50	<.001*	
กลุ่มควบคุม							
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	3.02	0.45	3.05	0.54	0.361	0.361	
ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.22	0.35	3.24	0.48	0.209	0.418	
รวมพฤติกรรม	3.12	0.19	3.14	0.26	0.567	0.289	

* p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่าในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.50, p < 0.001$) ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ($\bar{X} = 4.39, SD = 0.42$) ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ($\bar{X} = 4.62, SD = 0.29$) และรวมพฤติกรรม ($\bar{X} = 4.50, SD = 0.24$) ส่วนในกลุ่มควบคุม ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา (Mean = 3.05, SD = 0.54) ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ($\bar{X} = 3.24, SD = 0.48$) และรวมพฤติกรรม ($\bar{X} = 3.14, SD = 0.26$) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p-value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
ก่อนทดลอง						
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	3.01	0.49	3.02	0.45	0.114	0.455
ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	3.19	0.31	3.22	0.35	0.215	0.415
รวมพฤติกรรม	3.10	0.19	3.12	0.19	0.310	0.379
หลังทดลอง						
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	4.39	0.42	3.05	0.54	8.770	< 0.001*
ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	4.62	0.29	3.24	0.48	11.020	< 0.001*
รวมพฤติกรรม	4.50	0.24	3.14	0.26	17.116	< 0.001*

* p < .05

จากตารางที่ 2 ก่อนการทดลองให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่แตกต่างกัน ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และรวมพฤติกรรม p-value = 0.415, 0.455 และ 0.379 ตามลำดับ หลังการทดลองให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.116$, $p = < 0.001$) ทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.42$) ด้านความสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.29$) และรวมพฤติกรรม ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.24$) โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยสามารถพัฒนาความรู้เพิ่มทักษะแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสมและสร้างสัมพันธที่



ต่อกัน จะเห็นได้ว่าหากผู้ดูแลที่มีความรู้และความเข้าใจ ในการดูแล คอยช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนการรับประทาน ยาและตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง¹⁸ ร่วมกับทีมสุขภาพมีการสนับสนุนทางสังคม ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแล ได้แก่ การให้ความรู้และความเข้าใจโรคจิตเภท การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล วิธีการให้ความช่วยเหลือทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และส่งเสริม การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งหมดนี้จะ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์ การรักษามากขึ้น¹⁹ อีกทั้งการนำแอปพลิเคชันไลน์ที่มี ความสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย สามารถรับรู้ข่าวสารได้ อย่างต่อเนื่อง มีรูปแบบการใช้งานที่หลากหลาย ประหยัด เวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง¹⁵ มาใช้ในการ ติดตามอาการและการดูแลรักษา คอยกระตุ้น แจ้งเตือน การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะ ช่วย เพิ่มปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิเคราะห์ พบว่าค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ในแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วย จิตเภทและผู้ดูแลสามารถได้รับความรู้อย่างเป็นระบบ ในเรื่องโรคที่เป็นหรือความผิดปกติที่พบ อาการ การ รักษา และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ ส่งผล

ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการทางจิตของ ผู้ป่วยได้ โดยดึงครอบครัวเข้ามามีบทบาทที่สำคัญด้วย การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะการดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานยาของ ผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ebtsam et al. (2018)¹⁹; ธงรบ เทียนสันต์ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ (2558)¹²; บุษยา คำคำ และคณะ (2558)⁵ และ ชัชชชา เพ็งเกร็ด (2564)²⁰ ที่เน้นครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยให้บริการด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็น ความผิดปกติที่พบใน ผู้ป่วย อาการที่พบในผู้ป่วย การรักษาที่สำคัญโดยเฉพาะ การรับประทานยา การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ หลังจากรับประทานยา และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ภายในชุมชนที่คอยให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ประกอบด้วย การชักประวัติเพื่อประเมินอาการและสภาพปัญหาของ ผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การให้ความรู้เรื่องโรคและการ รับประทานยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และมีการติดตาม เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ผลการวิจัย พบว่า ก่อน การทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean = 3.12, SD = 0.19) อยู่ใน ระดับปานกลาง (2.50-3.49) หลังจากสิ้นสุดการทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean = 3.14, SD = 0.26) อยู่ในระดับปาน กลาง (2.50-3.49) อาจเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมมีความ บกพร่องในการได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง ครอบครัวขาด การดูแล เอาใจใส่ซึ่งกันและกันจึงทำให้เกิดการละเลยใน เรื่องของการรักษาด้วยยา ไม่ได้รับการติดตามการรักษา อย่างต่อเนื่องที่บ้านจากข้อจำกัดด้านการเดินทางเข้าถึง บริการสุขภาพจึงทำให้ผู้ป่วยขาดการได้รับการกระตุ้น และแจ้งเตือนในเรื่องของการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วย ยังคงขาดการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาอย่างต่อเนื่อง



ข้อเสนอแนะ

เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้ดีขึ้น 2) เป็นแนวทางให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมที่มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไปประยุกต์ใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย การศึกษาวิจัยควรมีการติดตามผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยบูรณาการกับแอปพลิเคชันไลน์อย่างต่อเนื่องโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและมีการติดตามระยะยาว เช่น ทุก 1, 3, และ 6 เดือน เพื่อความคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ที่อำนวยความสะดวกและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

Reference

1. World Health Organization. SCHIZOPHRENIA. [Internet]. [updated 2022 January 10; cited September 20 2022]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/SCHIZOPHRENIA/en/
2. Trakunghan, K. The effect of a mental health education and self-management program on medication adherence among schizophrenic patients in Thawatchaburi community, Roi Et Province. Journal of Health Center. 2022;9,16(2): 391-404. (In Thai).
3. Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., & Rodríguez, C. J. Medication adherence in schizophrenia. World Journal Psychiatry. 2012; 2(5): 74-82.
4. Stithyudhakarn, S. Relapse in chronic schizophrenic patients: Situation and preventive measures. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2016; 28(3): 1-15. (In Thai).
5. Damkham, B., Kansri, J., Tiaonukul, N., & Tosame, S. Effect of family mental health education program on medication adherence among schizophrenic patients in Sapphaya Hospital, Chai Nat Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015; 24(3): 66-76. (In Thai).
6. Pipitkul, P., Paohuasra, N., Kenrang, J., Boonserm, P., Kaenchaiyaphum, B., & Laloen, A. Effect of a medication adherence promotion program on



- medication-taking behavior among schizophrenic patients. *Journal of Nursing and Health Care*. 2022; 40(3): 54-62. (In Thai).
7. Lortarakul, M., & Sukonich, P. *Ramathibodi Psychiatry* (4th ed.). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015
 8. Sarinthon C. Empowerment in schizophrenic patients toward medication adherence [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. Available from: <https://digiverse.chula.ac.th/Info/item/dc:27741>
 9. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. *Irish Med J*. 1999; 92(6): 1-3.
 10. Meepring, S., Tulyakul, P., Sathagathonthun, G., & Supasri, J. A Review of Factors Relating to Medication Non-Adherence in Patients with schizophrenia. *Global Journal of Health Science*. 2021; 13(10): 1-52.
 11. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: Psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*. 1980; 6(3): 490-505.
 12. Thiansan, T. Effect of family counseling services combined with mental health education on medication adherence behavior among schizophrenic patients in the community. *Royal Thai Police Nursing Journal*. 2015; 7(1): 106-116. (In Thai).
 13. Pohsri, A. Family and community involvement in caring for chronic schizophrenic patients: A case study of Nong Na Sang community. *Royal Thai Army Nursing Journal*. 2018; 19: 239-247. (In Thai).
 14. Thailand Digital Stat. From We Are Social. [Internet]. [updated 2021 April 28; cited January 30 2023]. Available from: <https://www.everydaymarketing.co/knowledge/thailand-digital-stat-2021-we-are-social/>
 15. Huat-Hun, K. The influence of LINE application on communication in the modern era. *Journal of Art and Management*. 2017; 1(2): 75-88. (In Thai).
 16. Xu, D., Xiao, S., He, H., Caine, E. D., Gloyd, S., Simoni, J., ... & Gong, W. Lay health supporters aided by mobile text messaging to improve adherence, symptoms, and functioning among people with Velligan in a resource-poor community in rural China (LEAN): A randomized controlled trial. *PLOS medicine*. 2019; 16(4): 1-21.
 17. Sumisa K, Sophin S, Patcharin N. Effects of a program to promote medication adherence in patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020; 34(2): 132-52.
 18. Wutthiranarit, W. Promoting medication adherence among schizophrenic patients in the community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2017; 31(1): 1-12. (In Thai).



19. Ebtsam, H. S., Nefissa, M. A. K., Nadia, E. S., & Amany, A. M. Effect of Psycho educational Program on Improving of Medication Adherence among Schizophrenia Patients. Journal of Nursing and Health Science. 2018; 7(6): 6.
20. Phengkret, C. Effect of family mental health education program on medication adherence behavior among schizophrenic patients in the community, Somdet Phra Piyamaharaj Rommaneekhet Hospital, Kanchanaburi Province. Journal of Nursing and Public Health Research. 2021;1(3): 1-16. (In Thai).



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล

นวภัทร คงดี* ศิริพันธุ์ สาสัตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ **วัตถุประสงค์:** 1) เพื่อศึกษาความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ภาวะเปราะบาง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพิง มีสถานะทางการแพทย์คงที่และมีสัญญาณชีพปกติ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 93 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ แบบประเมินภาวะรู้คิด แบบประเมินภาวะเปราะบางอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์อันดับ และสถิติสหสัมพันธ์ของ สเปียร์แมน

ผลการศึกษา: พบว่า 1) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลมีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 55.04, \text{SD} = 10.55$) 2) ภาวะเปราะบาง มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .259, p < .05$) 3) ภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .313, p < .05$) 4) ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.247, p < .05$) 5) จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.264, p < .05$) และ 6) เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล

สรุป: ควรจัดทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นรายบุคคลตามความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายด้านจิตใจ และจัดให้มีกิจกรรมนันทนาการเพิ่มจากการบริการขั้นพื้นฐานการดูแลระยะกลาง เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เข้าใจคุณค่าที่สำคัญของชีวิตและรับรู้ถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คำสำคัญ: ความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ/ การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล/ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



Selected factors related to the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care in hospitals.

Nawapat Kongdee* and Siriphan Sasat**

Abstract

Descriptive correlational research in this study, Purpose: 1) To Study the need for rehabilitation of older persons with dependent entering Intermediate care in hospital. 2) To study relationships between gender, frailty, nutrition, depression, number of common functions and the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care in hospital.

Methods: The purposive sample consisted of 93 outpatients aged 60 years and older, both male and female, recruited from Lerdsin Hospital, Charoenkrung Pracharak Hospital, and King Chulalongkorn Memorial Hospital. The research instruments included a demographic questionnaire, the Barthel ADL Index, the Mini-Cog and the T-Frailty Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Eta coefficient and The Spearman Rank Correlation Coefficient (r_s).

Results: 1) The rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care were moderate (mean = 46.05, SD = 3.43). 2) Frailty was significantly correlation with the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care ($\eta = .259$, $p < .05$) 3) Nutrition was significantly correlation with the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care ($r_s = .313$, $p < .05$) 4) Depression was significantly correlation with the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care ($r_s = -.247$, $p < .05$) 5) Number of common functions was significantly correlation with the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care ($r_s = -.264$, $p < .05$) and 6) Gender was no correlation and the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care.

Conclusion: Nursing care should provide individual rehabilitation activities according to the rehabilitation needs of dependent elderly patients entering medium-term care in the hospital, including physical and mental rehabilitation, and providing recreational activities in addition to basic medium-term care services, in order to focus on patients understanding the important values of life and recognizing the benefits of physical rehabilitation.

Keywords: The need for rehabilitation, Dependent older persons, Intermediate care



บทนำ

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถือเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีผลกระทบต่อความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจในระยะยาว สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการกำเริบด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยวิกฤติที่มีความรุนแรงมีความเสี่ยงสูงและคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมักเผชิญต่อสมรรถภาพทางกายลดลง และภาวะพึ่งพิงจากการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง¹ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 21 และกรุงเทพมหานครมีประชากรสูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมดที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำรงชีวิต² จากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลขาดทักษะการดูแลเฉพาะทางที่ซับซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต³

เพื่อลดภาวะการพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุขจึงตระหนักถึงความสำคัญในการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพระยะกลางอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลระยะกลาง (intermediate care: IMC) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ก็ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง⁴ โดยแบ่งการดูแลสุขภาพระยะกลางเป็น 2 ระดับ ระดับแรกคือ ที่โรงพยาบาล และระดับที่สองคือ ที่ชุมชน กลุ่มที่เหมาะสมสำหรับการดูแลระยะกลางในผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหว รวมถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁵ โดยพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายก่อนเข้าสู่การดูแลระยะยาว ให้การดูแลครอบคลุม 4 มิติ ทั้งมิติรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มุ่งเน้นมิติฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ไม่ใช่การช่วยผู้ป่วยเคลื่อนไหวทางกายภาพ แต่เป็นการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ⁶

จากทฤษฎีความต้องการของ Henderson (1966)⁷ กล่าวว่า การพยาบาลคือ การทำหน้าที่เป็นเอกลักษณ์ของพยาบาล ที่จะต้องช่วยเหลือบุคคลไม่ว่าจะป่วยหรือสบายดี ในการดำเนินกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพหรือการฟื้นคืนชีพหรือจากไปอย่างสงบ และความต้องการทางการพยาบาลจึงมุ่งเน้นไปที่ความสำคัญของการเพิ่มความเป็นอิสระของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถพึ่งพาตนเองได้เร็วที่สุด แบ่งความต้องการการพยาบาลเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความต้องการด้านร่างกาย 2) ความต้องการด้านจิตใจ 3) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ และ 4) ความต้องการด้านสังคม ได้มีการนำทฤษฎีความต้องการของ Henderson (1966)⁷ ไปประเมินความต้องการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสำหรับการพยาบาลเพื่อศึกษาการตอบสนองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดภาวะพึ่งพิง (Care Dependency Scale for Rehabilitation) เปลี่ยนระดับการพึ่งพิงจากผู้พึ่งพิงไปสู่ความเป็นอิสระ⁸ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้เลือกศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการฟื้นตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ได้จากทฤษฎีความต้องการการพยาบาลของ Henderson (1966) คือ ปัจจัยความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ และศรัทธา ได้แก่ เพศ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการฟื้นตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ⁹ ปัจจัยความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพแตกต่างจากผู้สูงอายุที่สุขภาพจิตดี¹⁰ ปัจจัยความต้องการ



ด้านร่างกาย เช่น ภาวะโภชนาการ ที่มีความสัมพันธ์กับ การทำงานของสมรรถภาพทางกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้สูงอายุ¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบตัวแปร ที่มีความเชื่อมโยงกับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ภาวะเปราะบาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะ บาง มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน มีผลต่อการฟื้นฟู สมรรถภาพและความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹² จำนวน ชนิดของยาที่ใช้ประจำ โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีจำนวนชนิด ของยาประจำรับประทานก่อนเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลตั้งแต่ 5 ชนิดจำนวนขึ้นไปมีผลต่อความ ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งเพิ่มการเกิดกลุ่มอาการ ผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) อาจเกิดภาวะสับสน ในผู้สูงอายุ การมองเห็นผิดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม และชะลอการฟื้นฟู สมรรถภาพ¹³ และภาวะรู้คิดบกพร่อง¹³ แม้ว่าภาวะรู้คิด บกพร่องมีผลต่อความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ก็ตาม แต่ข้อจำกัดทางการรู้คิดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถ ตอบแบบสอบถามความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตาม ความเป็นจริงจึงไม่นำมาศึกษา

เนื่องจากการศึกษาการดูแลระยะกลางของ ประเทศไทยได้มุ่งเน้นเลือกพัฒนาในส่วนที่ผู้ป่วยจะได้ ประโยชน์เห็นเป็นรูปธรรมมากที่สุดก่อน ได้แก่ โรคหลอดเลือด สมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บ ไหล่หลัง และผู้ป่วยภายหลังกระดูกสะโพกหัก จึงยังขาด การศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแลระยะ กลางในโรงพยาบาล ที่นอกเหนือจากการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ (Service Plan) จึงมีประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุม และทราบปัจจัยที่ สัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้การ ฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องหลังจากพ้น ภาวะวิกฤติขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นำไปสู่ กระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เริ่มตั้งแต่การดูแลในระยะวิกฤติ การดูแลระยะกลางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแล ระยะยาวในชุมชน และเพื่อเป็นประสบการณ์เชิงบวก ของชีวิตผู้สูงอายุและครอบครัวผู้ดูแลเพื่อเพิ่มระดับ คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางใน โรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ภาวะ เปราะบาง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวน ชนิดของยาที่ใช้ประจำ กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลาง ในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแล ระยะกลางในโรงพยาบาล
2. ภาวะเปราะบาง มีความสัมพันธ์กับ ความ ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล
3. ภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับ ความ ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล
4. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับ ความ ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล
5. จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ มีความ สัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พื้นระยะเฉียบพลันและมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่พื้นระยะเฉียบพลัน มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และมีสัญญาณชีพปกติ แต่ก็ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากทีมสหวิชาชีพ มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ผู้ป่วยในศัลยกรรม และผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สามารถอ่านหนังสือ เขียนหนังสือได้และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. มีภาวะพึ่งพิงและเข้ารับการดูแลระยะกลางจากการประเมิน Barthel Index มีระดับคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน
2. ไม่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้รับการบาดเจ็บทางสมอง, การบาดเจ็บไขสันหลัง และภาวะกระดูกสะโพกหัก
3. ไม่มีประวัติภาวะพร่องทางด้านการรู้คิด เช่น ภาวะสมองเสื่อม คัดกรองโดยใช้แบบประเมิน Mini-cog
4. สามารถอ่าน สื่อสารพูดภาษาไทยได้ โดยต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะท่อหลอดลมคอ และไม่สามารถแปลงคำพูดออกเสียงได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยอยู่ในภาวะต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน หรือบาดเจ็บสาหัส เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ ถูกใส่ท่อช่วยหายใจ ภาวะติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ G Star Power สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ กำหนดอำนาจทดสอบ (Power) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 และขนาดของอิทธิพล (effect size) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล จึงกำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับกลาง 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐานที่ยอมรับกันในระดับสากล สำหรับสถิติทดสอบการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ 84 คน และผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 93 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 9 ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพการอยู่อาศัย ที่มาของรายได้ การวินิจฉัยโรคโรคร่วม และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ สร้างและออกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁴ แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Barthel ADL Index ของ Mahoney and Barthel จำนวน 10 ข้อคำถาม ผู้วิจัยใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีระดับคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน



ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog พัฒนาขึ้นโดย Borson et al.¹⁴ และแปลเป็นภาษาไทยโดย พิชญา กุศลรักษ์และดาวชมพู นาคะวิโร¹⁴ มี 2 ข้อคำถามที่เป็นการทดสอบคือ การทวนซ้ำคำ 3 คำ และการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. โดยมีคะแนนค่าละ 1 คะแนน ส่วนการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่ถูกต้องและครบถ้วน มี 2 คะแนน และผู้วิจัยใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิดโดยต้องมีคะแนนรวมมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง¹⁴ แปล TGDS มาจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 ข้อคำถาม คะแนนรวม 30 คะแนน ผลการประเมินแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0-12 หมายถึง ปกติ คะแนน 13-15 หมายถึง ความเศร้าเล็กน้อย คะแนน 16- 20 หมายถึง ความเศร้าปานกลาง และมากกว่า 20 คะแนน หมายถึง ความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini-Nutritional Assessment: MNA) ใช้ประเมินภาวะโภชนาการที่พัฒนาโดยศูนย์วิจัยของบริษัทรเนสเล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์¹⁴ และแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เครื่องมือนี้นี้มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น จำนวน 6 ข้อคำถาม และส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการ จำนวน 12 ข้อคำถาม คะแนนรวม 30 คะแนน ผลการประเมินแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 24-30 หมายถึง โภชนาการปกติ คะแนน 17-23.5 หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร คะแนน <17 คะแนน หมายถึง ขาดสารอาหาร

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะเปราะบางอย่างง่าย (The Thai version of the Simple Frailty Questionnaire: T-FRAIL) เป็นแบบประเมินกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความเกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาทางร่างกาย

ลดลง ที่ วรุตม์ ศรีวงศ์และคณะ (2565) ที่แปลและดัดแปลงมาจาก the Simple Frailty Questionnaire (FRAIL) ของ Morley et al. (2012)¹⁴ มีจำนวน 5 ข้อคำถามสอดคล้องตามคุณลักษณะ 5 ด้าน ได้แก่ น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจ มีภาวะหมดแรง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินช้าลง และการทำกิจกรรมทางกายลดลง หากมีคุณลักษณะเหล่านี้ตั้งแต่ 3 คุณลักษณะขึ้นไป จะถูกบ่งชี้ว่ามีภาวะเปราะบาง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Care Dependency Scale for Rehabilitation: CDSR) พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ Henderson (1966) จากนั้น Eichhorn et al. (2012)⁸ จึงได้พัฒนาแบบประเมินให้มีความกระชับและเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น เป็นแบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและดำเนินการแปลและแปลย้อนกลับโดยสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเป็นแบบสอบถามอย่างง่าย 16 ข้อ ประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ และประเมินโดยผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง ใช้เกณฑ์ในการประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนน 16-35 หมายถึง มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสูง คะแนน 36-51 หมายถึง มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปานกลาง คะแนน 52-67 คะแนน หมายถึง มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับน้อย คะแนน 68-80 หมายถึง มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ และแบบประเมินภาวะเปราะบางอย่างง่าย ผู้วิจัยไม่ได้นำแบบสอบถามนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากแบบสอบถาม



ดังกล่าวเป็นเครื่องมือมาตรฐาน นิยมใช้แพร่หลายทั่วโลก และผ่านการใช้ในประเทศไทยมาแล้ว สำหรับแบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการอนุญาตจากเจ้าของหนึ่งในผู้พัฒนาเครื่องมือคือ Lohrmann Christa เพื่อขออนุญาตแปลแบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเป็นฉบับภาษาไทย และแปลกลับมาเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยไม่ได้ดูเนื้อหาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ

จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่อายุและระยะกลางในโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog และแบบประเมินภาวะเปราะบางอย่างง่าย วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีการวัดซ้ำเท่ากับ 1.0, 0.82, 1.0 ตามลำดับ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ และแบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94, .73, .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รหัสเอกสารรับรอง COA No. 112/67) คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลิดสิน (รหัสเอกสารรับรอง LH671073) ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (รหัสเอกสารรับรอง U019hh/67) และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รหัสเอกสารรับรอง COA No.1059/2024)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ขอความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์โครงการ ผู้ป่วยที่สนใจและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์จะติดต่อกลับมายังผู้วิจัยด้วยตนเอง หลังจากได้รับความยินยอมโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย พร้อมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Consent form) จากนั้น จะได้รับการคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะพึ่งพิงหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาพ้นระยะวิกฤติโดยใช้ แบบประเมิน Barthel ADL Index และการประเมินภาวะรู้คิด ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประเมินด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์จะได้รับการขอคุณพร้อมของที่ระลึก ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยจัดสถานที่ที่เหมาะสมและเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด พร้อมอธิบายอย่างละเอียด ให้กลุ่มตัวอย่างตอบในแบบสอบถาม โดยใช้เวลาราว 30-60 นาทีต่อคน เมื่อทำแบบสอบถามครบ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณและขอเป็นของที่ระลึก และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแผนกผู้ป่วยในจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนตุลาคม 2567 รวมระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 2 เดือน ได้ข้อมูลครบทั้งสิ้น 93 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพการอยู่อาศัย ที่มาของรายได้ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ ภาวะเปราะบาง และความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสูการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลใช้การวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อันดับ

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ และความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสูการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล เนื่องจากทดสอบการกระจายข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ sig มีค่าน้อยกว่า α แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานกลาง นั่นคือมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.60 ช่วงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 73.47 ปี ($\bar{X} = 73.47$, $SD = 7.40$) มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 41.90 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.80 ส่วนใหญ่ อยู่อาศัยกับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 43.0 มีรายได้จากลูกหลานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.30 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากระบบหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 31.10 โรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 63.80 รองลงมาคือ โรคเบาหวานจำนวน 47 คน คิดเป็น

ร้อยละ 50.80 และโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 46.50 โดยมีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำตั้งแต่ 0-10 ชนิด พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำมากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ มีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำระหว่าง 1-2 ชนิด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 29.10 จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำระหว่าง 3-4 ชนิด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 15.10 และไม่มีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 11.80 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเปราะบางจำนวน 52 คน คิดเป็น 55.90 และไม่มีภาวะเปราะบางจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 44.10 มีภาวะโภชนาการดีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 และภาวะทุพโภชนาการจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 61.30 และโดยรวมผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 61.30 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็นระดับเล็กน้อยจำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20 และมีซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20

โดยรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 59.10 ระดับการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.20 และพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 9.70 โดยภาพรวมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก ($\bar{X} = 7.39$, $SD = 1.86$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสูการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล (n = 93)

ระดับการพึ่งพิง	จำนวนคน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด	9	9.70	3.44	0.53
พึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก	55	59.10	7.04	1.07
พึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง	29	31.20	9.27	0.45
รวม	93	100.00	7.39	1.86



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโภชนาการ และภาวะเปราะบางกับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล (n = 93)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวนคน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
เพศ				.139	.184 ^a
จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ				-.264*	.011 ^b
ภาวะเปราะบาง		2.41	1.01	.259*	.012 ^a
- มีภาวะเปราะบาง	52 (55.90)	1.65	0.52		
- ไม่มีภาวะเปราะบาง	41 (44.10)	3.36	0.58		
ภาวะโภชนาการ		20.45	5.71	.313*	.002 ^b
- โภชนาการดี	36 (38.70)	26.39	1.01		
- ภาวะทุพโภชนาการ	62 (61.30)	16.69	3.98		
- เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	28 (30.10)	20.23	1.71		
- ขาดสารอาหาร	29 (31.20)	13.27	2.04		
ภาวะซึมเศร้า		9.67	8.45	-.247*	.017 ^b
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	57 (61.30)	3.42	2.81		
- มีซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	4 (4.30)	14.50	1.00		
- มีซึมเศร้าระดับปานกลาง	16 (17.20)	17.62	1.41		
- มีซึมเศร้าระดับรุนแรง	16 (17.20)	22.75	1.06		
- ในระดับสูง	1 (1.08)	34.00	-		
- ในระดับปานกลาง	41 (44.09)	46.05	3.43		
- ในระดับน้อย	36 (38.71)	58.58	5.13		
- ในระดับน้อยมาก	15 (16.13)	72.53	3.07		

^aEta coefficient; ^bSpearman rank-order correlation *p < .05



ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 44.09 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.04 (SD = 10.55)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะเปราะบาง กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล โดยใช้สัมประสิทธิ์อีตา (Eta coefficient) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล และภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\eta^2 = .259, p = .012$) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) พบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .313$) ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.247$) และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำมีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.264$)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} =$

55.04, SD = 10.55) โดยผู้ป่วยสูงอายุที่พ้นจากระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ จะเข้าสู่การดูแลระยะกลางเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการและพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง สามารถจำหน่ายกลับบ้าน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้⁶

ในการวิจัยนี้ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล แตกต่างจากการศึกษา Kay และคณะ⁹ ที่ว่าเพศหญิงจะมีความเชื่อการรับรู้เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพและแรงจูงใจที่ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากปัจจุบันทั้งผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายต่างมีเครื่องมือที่สามารถค้นคว้าหาข้อมูลด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต เพื่อสามารถเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านการส่งเสริมและการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของภานุวัฒน์ ด้านกลาง และคณะ (2562)¹⁵

สำหรับภาวะเปราะบาง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำมีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความต้องการด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Gregory และคณะ¹² ที่ว่าภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุมีผลต่อความสามารถในการฟื้นตัวและความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภาวะโภชนาการมีส่วนช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวและสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Urquiza และคณะ¹¹ ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย จากการแยกจากบุคคลในครอบครัว สูญเสียบทบาทของตนเอง ทำให้ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลงและจะส่งผลไปถึงกิจกรรมประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Owari และคณะ¹⁰ และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำที่ใช้ปร่วมกันหลายจำนวน อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา รวมทั้งเพิ่มการเกิดกลุ่ม



อาการผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Murdaca และคณะ¹¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไปมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สรุปการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีพยาบาลผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะกลาง จึงให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลครอบคลุม 4 มิติ เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดอาการเจ็บป่วย ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ โดยเน้นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต ภาวะโภชนาการ ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม และ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรจัดทำกิจกรรมการฟื้นฟูเป็นรายบุคคลตามความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล

2. โรงพยาบาลควรให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเพื่อลดภาระการดูแลจากญาติ

3. ทุกหอผู้ป่วยควรมีการคัดกรองคัดกรองภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลทุกรายเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ควรประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะประสาทด้วยแบบประเมินที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และควรประเมินเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่พ้นภาวะวิกฤตจนกระทั่งกลับไปรักษาต่อที่บ้าน และควรเพิ่มการคัดกรองจากการบริการขั้นพื้นฐาน คือ การทบทวนรายการยา จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับสหวิชาชีพก่อนเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อปรับให้เหมาะสมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันอันตรกิริยาระหว่างยา และการเกิดกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ

References

1. Buasi A. Development of an integrated care system for dependent elderly at Jatupakniman Hospital, Roi Et Province (in Thai). Journal of Health and Environmental Studies, 2023; 8(2): 512-521.
2. Wilasri S, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Boonyamalik P. Predicting factors of quality of life in dependent elderly under long-term care services in Bangkok (in Thai). Journal of Public Health Nursing, 2020; 30(2): 164-176.
3. Piriyaartsachai N, Sasat S. Predicting factors of caregiver readiness in caring for dependent elderly during hospital-to-home transition (in Thai). Thai Journal of Nursing Council, 2018; 19: 231-240.
4. Rattanachaiyothin W, Chanhom R, Siwina S. Development of an intermediate care model from hospital to community network in Roi Et Province (in Thai). Journal of Health System Research, 2022; 15(2): 119-132.



5. Somdet Phra Sangharaja Geriatric Medicine Institute. Guidelines for intermediate care rehabilitation for elderly patients (in Thai). Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020.
6. Health Administration Bureau. Guideline for intermediate care for healthcare providers as part of the healthcare service development plan (in Thai). Ministry of Public Health; 2019.
7. Henderson, V. The nature of nursing. In George, J. (Ed.). Nursing theories: the base for professional nursing practice. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1966.
8. Eichhorn , J., Dassen, T., Lohrmann, C. Responsiveness of the Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R). Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2012; 26: 194-202.
9. Kay, E., Deutsch, A., Chen, D., Semik, P., Rowles, D. Effects of gender on inpatient rehabilitation outcomes in the elderly with incomplete paraplegia from nontraumatic spinal cord injury. The Journal of Spinal Cord Medicine, 2012; 33: 379-386.
10. Owari, G., Kono, K., Nishida, Y. Depressive symptoms and associated factors in older rehabilitation inpatients: a cross-sectional study. Physical & Occupational Therapy In Geriatrics, 2021; 39: 387-396.
11. Urquiza, M., Fernandez, N., Arrinda, I., Sierra, I., Irazusta, J., & Rodriguez Larrad, A. Nutritional status is associated with function, physical performance and falls in older adults admitted to geriatric rehabilitation: a retrospective cohort study. Nutrients, 2020; 12(9): 28-55.
12. Gregory T. Robbins, Erika Yih, Raymond Chou, Alex I. Gundersen, Jeffrey C. Schnieder, Jonathan F. Bean, Ross D. Zafonte. Geriatric rehabilitation. Handbook of Clinical Neurology, 2019; 167: 531-543.
13. Murdaca, G., Banchemo, S., Casciaro, M., Paladin, F., Tafuro, M., Monacelli, F., and et al. Multiparametric evaluation of geriatric patients admitted to intermediate care: impact on geriatric rehabilitation. Diagnostics, 2023; 13.
14. Royal Thai Ministry of Health, Elderly Health Screening and Assessment Tool Development Committee. Handbook for Elderly Health Screening and Assessment 2021 (in Thai). Ministry of Public Health; 2021.
15. Danklang P., Supkranon R. and Kangjai W. Technology and information systems to enhance the independence and quality of life of the elderly in the coastal community (in Thai). Burapha university; 2019.



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย ต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

รดา วงษ์ศรี* ระพีณ ผลสุข**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

รูปแบบการวิจัย: วิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 44 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจับคู่ให้มีความใกล้เคียงกัน ในเรื่องเพศ และอายุ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า และ เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบบันทึกการใช้น้ำมันหอมระเหย มีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติ t-test

ผลการวิจัย: 1. คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลของ: ผลของโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ: การสูดดมน้ำมันหอมระเหย/ การพยาบาล/ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน/ ภาวะซึมเศร้า



The effect of aromatherapy on depression among patients with post acute myocardial infarction

Rada Wongsri*, Rapin Polsook**

Abstract

Purpose: To study the effect of aromatherapy on depression among post acute myocardial infarction patients.

Design: Quasi-experimental research

Methods: The participants were 44 patients with post acute myocardial infarction, both male and female aged 20 years and over receiving intensive care in cardiac care unit, the Phramongkutkloao Hospital. The sample was selected according to the eligibility criteria with depression assessed using a depression screening questionnaire and divided into the control and experimental groups (22 for each group) using a matched pairs technique based on sex and age. The control group received conventional nursing care while the experimental group received normal care and aromatherapy program for four weeks. The research instruments included demographic information, a depression scale, and a personal record of the aroma used. Its Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests.

Results: 1. The mean score of Depression scale in the experimental group after attending the program was significantly lower than before attending the program ($p < .05$). 2. the mean score of Depression scale in the experimental group was significantly lower than the control group ($p < .05$).

Conclusion: The result of this study support that aromatherapy can reduce the depressive symptoms of among post acute myocardial infarction patients with major depressive disorder and more than regular nursing care.

Keywords: Aromatherapy/ nursing care/ acute myocardial infarction/ depression



บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสำคัญต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนทั่วโลก โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 20.5 ล้านรายต่อปี และร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตเกิดจากอาการหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 2.5 แสนราย และเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 4 หมื่นราย เฉลี่ยเสียชีวิตชั่วโมงละ 5 ราย และมีแนวโน้มการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2558-2562 มีอัตราป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อจำนวนประชากรหนึ่งแสนรายเท่ากับ 29.9, 32.3, 31.8, 31.8 และ 31.4 ตามลำดับ² ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ³

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหมายถึงกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือเจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลันหรือเจ็บขณะพักนานกว่า 20 นาทีหรือเจ็บแน่นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม เกิดจากมีคราบไขมันอุดตันในหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบทำให้ไม่สามารถไหลผ่านนำสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้⁴ เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีมเศร้า⁵ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดภาวะซีมเศร้าร้อยละ 69 และพบว่าภาวะซีมเศร้าเกิดได้ภายใน 1 วัน ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ 1) เพศ ($\eta^2 = .555$, $p < 0.05$) (13) 2) อายุ ร้อยละ 52.63 (13) 3) ระดับการศึกษา ($r = -.226$, $p < 0.05$)⁶ 4) ความกลัว ($\beta = .617$, $p < 0.05$)⁶ 5) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.294$, $p < 0.05$)^{7, 6} 6) ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = .705$, $p < 0.05$)⁶ 7) การรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม ($r = 0.69$, $p < 0.05$) 8) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเฉลี่ย ($r = -.464$, $p < 0.05$)⁸ 9) ความแปรปรวนการนอนหลับ ($r = .476$, $p < 0.05$) 10) ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ ($r = -.074$, $p < 0.05$)⁸ 11) การออกกำลังกาย (95% CI: $(-1.12, -0.09)$; $p < 0.02$)⁹ 12) การสูดดมน้ำมันหอมระเหย ร้อยละ 52¹⁰ ($r = .428$, $p < 0.01$)¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรอื่นๆที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นตัวแปรที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซีมเศร้าเพิ่มมากขึ้น เช่น ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และเป็นตัวแปรที่จัดกระทำเกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การออกกำลังกาย และเป็นตัวแปรทางด้านสรีรวิทยา เช่น ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวเหล่านี้ ยังไม่ปรากฏการนำตัวแปรดังกล่าวข้างต้นมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การบำบัดรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งผลต่อภาวะซีมเศร้าในต่างประเทศ เช่น การศึกษาผลของน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ต่อความวิตกกังวลและภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสูดดมน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาวะซีมเศร่าลดลงคิดเป็นร้อยละ 52¹⁰ และการศึกษาผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ (Lavandula) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีภาวะซีมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)¹¹ พบการนำน้ำมันหอมระเหยมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ



หัวใจตาย¹² การใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวล และสัญญาณชีพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในหอผู้ป่วยหนัก¹³ การใช้กลี้นเจอร์เรเนียม (Geranium) ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹⁴ การสูดดมน้ำมันหอมระเหยด้วยน้ำมันหอมระเหย ลาเวนเดอร์ (Lavandula) และคาโมมายล์ (chamomile) ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน¹⁵ การใช้น้ำมันหอมระเหยด้วยการสูดดมกลี้นมะนาวช่วยลดความดันโลหิต และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของส่วน ST และคลื่น T และควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจได้ และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹⁶ และการใช้กลี้น “Citrus aurantium L.” ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹⁷ สำหรับประเทศไทยพบเพียง 1 การศึกษาคือ ผลการใช้้ำมันหอมระเหย ลาเวนเดอร์ (Lavandula) ต่อการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์สามารถช่วยเพิ่มปริมาณและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.041$ และ 0.025)¹⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสูดดม น้ำมันหอมระเหยสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งเมื่อสูดดมกลี้นหอม บริเวณโพรงจมูกจะมีตัวรับกลี้นที่อยู่ภายในจมูก ระบบการรับกลี้นจะถ่ายโอนโมเลกุลของกลี้นหอมไปยังระบบลิมบิกในสมอง จากนั้นระบบลิมบิกจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและส่งผลทางจิตวิทยา กล่าวคือหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกมีผลทำให้ลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสูดดมน้ำมันหอมระเหยด้วยน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ (Lavandula) และคาโมมายล์ (chamomile) เป็นเวลา 30 วัน พบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้¹⁹ และจากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับพืชสมุนไพรที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการใช้กลี้นบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า กลี้นที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ประกอบด้วย

กลี้นลาเวนเดอร์ (Lavandula) ร้อยละ 55.7 กลี้น Rosa damascena (Damask rose) ร้อยละ 11.5 และกลี้นมินท์ (สะระแหน่) ร้อยละ 5.8 ตามลำดับ¹⁹

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ (Lavandula) ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากการสูดดมน้ำมันหอมระเหยเป็นตัวแปรที่สามารถจัดกระทำได้ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดและป้องกันอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อลดการกำเริบของโรคและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กรอบแนวคิด

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรม โดยนำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของฟองรัดน์ บุญญานุรักษ์ (2544)²⁰ ซึ่งกล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นการนำวิธีการแก้ปัญหาโดยทางวิทยาศาสตร์หรือการใช้ระเบียบวิธีการตัดสินใจในการพยาบาล โดยกระทำอย่างมีขั้นตอนและตามแบบของระบบมีกลไกเป็นวงจร (Dynamic Cycle Process) ต่อเนื่อง 5 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและซักประวัติ ประเมินอาการทั่วไป ประเมินการรับรู้การตมกลี้น และคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญที่จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อลดภาวะซึมเศร้า 3) การวางแผนการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมและวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 และในขั้นตอนที่ 2 มาวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล โดยสอนวิธีการสูดดมน้ำมันหอมระเหย ตามโปรแกรมและอธิบายเกี่ยวกับ



การสูดดมน้ำมันหอมระเหยเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า โดยเมื่อสูดดมกลิ่นหอมของลาเวนเดอร์ ระบบการรับกลิ่นจะถ่ายโอนโมเลกุลของกลิ่นหอมไปยังระบบลิมบิกในสมอง จากนั้นระบบลิมบิกจะตอบสนองต่อสิ่งเร้ามีผลทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายความตึงเครียดได้ 5) การประเมินผลการพยาบาล ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วย ให้กำลังใจชมเชย และให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านโดยการติดตามทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบศึกษาการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบแผนการวิจัยวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest with nonrandomized control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาตัวใน

หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดค่าอิทธิพลเท่ากับ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.5¹¹ ค่าอำนาจทดสอบ $0.08 = 0.05$ ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 ราย โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pairs) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องเพศ (Smolderen et al., 2015) และ อายุ ± 5 ปี Baas et al. 1999

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยคัดกรองด้วยแบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, (2559) โดยใช้เกณฑ์ประเมินตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปจากข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า 3) รู้สึกตัวดี โดยประเมินจากการตอบคำถาม รับรู้ วันเวลา สถานที่ บุคคล พุดและอ่าน สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีสติ สัมผัสปัญญะสมบูรณ์ไม่มีความบกพร่องด้านการสูดดมหรือการได้กลิ่น 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น เล็บนิ้วออก หายใจเหนื่อยหอบ 6) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ในช่วง 90-140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ในช่วง 60-90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที,



อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 12-22 ครั้งต่อนาที และ
อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36-37.8 องศาเซลเซียส)
7) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้ป่วยมี
ภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น เจ็บ
แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หน้ามืด ภาวะหัวใจเต้นผิด
จังหวะ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่
เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
ของครอบครัวต่อเดือน และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

1.2 แบบประเมินแบบสอบถามภาวะซึม
เศร้า ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วย โรคหัวใจ ของ Hare & Davis (1996)²¹
แปลเป็นภาษาไทยโดย Polsook & Aungsueroch
(2019)²² ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อ
ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือด
หัวใจโดยเฉพาะ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ
0.95 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำ
ไปทดลองใช้กับบุคคลภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวหรือใกล้เคียง
กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มา
คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ มีค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82 ประเมิน
องค์ประกอบที่สำคัญของอาการซึมเศร้ามี 2 องค์ประกอบ
7 อาการซึมเศร้า ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย
มีความสิ้นหวัง ได้แก่ ข้อ 10, 11 และ 14 ความเฉื่อยชา
ได้แก่ ข้อ 1, 3 และ 16 มีความลึกลับ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 8,
13, 17 และ 18 มีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ ข้อ 7
และ 9 และปัญหาด้านอารมณ์ ได้แก่ ข้อ 21, 22, 24
และ 26 องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย ไม่มีความรู้สึก

ยินดี ได้แก่ ข้อ 4, 12 และ 19 และมีปัญหาด้านความรู้
ความเข้าใจ ได้แก่ ข้อ 2, 1, 20 และ 23

1.3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบ
บันทึกการใช้น้ำมันหอมระเหย และแบบบันทึกข้อมูล
ความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตามโปรแกรมการใช้น้ำมันหอม
ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้วิจัยลงบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม
แต่ละวันตามโปรแกรมโดยการใช้น้ำมันหอมระเหย และ
ความรู้สึกหลังจากสูดดมน้ำมันหอมระเหยในระหว่างเข้า
ร่วมโปรแกรม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่านเช่นเดียวกัน มาพิจารณาคำนวณค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI)
โดยเกณฑ์ยอมรับ เท่ากับหรือมากกว่า .80 (Polit &
Beck, 2009)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อ
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกระบวนการ
พยาบาลตามแนวคิดของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
(2544)²⁰ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมที่
หอบผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งละประมาณ
30-45 นาที 3 ครั้ง/วัน (เช้า กลางวัน ก่อนนอน) โดยใช้
สำลีและหยดน้ำมันลาเวนเดอร์ลงบนสำลี 3 หยดวาง
บริเวณหมอนห่างจากหมอนประมาณ 30 เซนติเมตร
และติดตาม อาการผู้ป่วยทุกสัปดาห์

2.2 แผนการสอนที่ใช้ในโปรแกรมการ
การใช้น้ำมันหอมระเหยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาตามตามกระบวนการพยาบาลตามแนวคิด
ของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2544)²⁰

2.3 คู่มือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
เป็นคู่มือให้ความรู้เรื่องโรค อาการ ผลกระทบจาก
ภาวะซึมเศร้า การจัดการกับภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้นจากการศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ซึ่งพบว่า โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริงกับผู้ป่วย ไม่พบปัญหา สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมการแพทย์ทหารบก รหัสโครงการ Q018q/66 COA เลขที่ 085/67 วันที่รับรอง 17 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนเตรียมการทดลอง หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูลและขอความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ โดยการทักทาย อธิบายรายละเอียดการวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การประเมินทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรม ดังนี้

1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการทั่วไปให้ความรู้ตามคู่มือที่เตรียม และให้ผู้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายความตึงเครียดโดยหายใจเข้าออกลึก ๆ
2. ผู้วิจัย สอนวิธีการสูดดมน้ำมันหอมระเหยตามโปรแกรม กำหนดให้กลุ่มทดลองสูดดมน้ำมันหอมระเหย วันละ 3 ครั้ง (เช้า กลางวัน ก่อนนอน) สูดดมครั้งละ 30 นาที โดยใช้สาลีและหยดน้ำมันลาเวนเดอร์ลงบนสาลี 3 หยดวางบริเวณหมอนห่างจากหมอนประมาณ 30 เซนติเมตร ปฏิบัติทุกวันเป็นเวลา 30 วัน
3. ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วย ให้กำลังใจชมเชยและให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยมีการติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านทางโทรศัพท์ ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง รวม 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2-4) ให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความรู้สึกรับอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ

ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 5 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครบ 30 วันกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ในเรื่องการใช้น้ำมันหอมระเหย



เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้สถิติ Paired t-test, Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.4 มีอายุระหว่าง 45-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็น

ร้อยละ 86.4 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวคิดเป็นร้อยละ 40.9 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 26,000-30,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 45.5 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 54.5 และในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.4 มีอายุระหว่าง 45-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 90.9 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวคิดเป็นร้อยละ 50 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 26,000-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.8 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 54.5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 44)

ภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	ระดับ	df	T	p-value
กลุ่มควบคุม (n=22)						
หลังทดลอง	76.45	5.24	เล็กน้อย	21	.83	.21
ก่อนทดลอง	75.41	6.21	เล็กน้อย			
กลุ่มทดลอง (n=22)						
หลังทดลอง	72.86	8.12	เล็กน้อย	21	7.35	.000*
ก่อนทดลอง	78.45	7.52	เล็กน้อย			

*p < .05



ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนการทดลอง ($\bar{X}=75.41, SD=6.21$) และหลังการทดลอง ($\bar{X}=76.45, SD=5.24$) เมื่อเปรียบเทียบสถิติ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มควบคุม

ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติไม่แตกต่างกัน ($t=.83, df=21, p=.21$) ในส่วนของกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนการทดลอง ($\bar{X}=78.45, SD=7.52$) และหลังการทดลอง ($\bar{X}=72.86, SD=8.12$) เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=7.35, df=21, p=.000$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง (n=22)	78.45	7.52	เล็กน้อย	42	1.47	.08
กลุ่มควบคุม (n=22)	75.41	6.21	เล็กน้อย			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง (n=22)	72.86	8.12	เล็กน้อย	42	1.75	.04*
กลุ่มควบคุม (n=22)	76.45	5.25	เล็กน้อย			

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=78.45, SD=7.52$) กลุ่มควบคุม ($\bar{X}=75.41, SD=6.21$) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t=1.47, df=42, p=.08$) และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิด

ภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=72.86, SD=8.12$) กลุ่มควบคุม ($\bar{X}=76.45, SD=5.25$) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าหลังการทดลองคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=1.75, df=42, p=.04$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 78.45$, $SD = 7.52$) และหลังการทดลองเท่ากับ ($\bar{X} = 72.86$, $SD = 8.12$) เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ามก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.35$, $df = 21$, $p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เนื่องจากโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย ฯ เป็นโปรแกรมรูปแบบของกิจกรรมทางการแพทย์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนของพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2522)²⁰ มาเป็นกรอบแนวคิด การใช้กระบวนการพยาบาลในการวิจัยนี้ช่วยให้สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า วินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหย ฯ ที่สร้างขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา และติดตามประเมินผลภายหลังกลับไปบ้าน เนื่องจากกลุ่มทดลองมีกิจกรรมการใช้น้ำมันหอมระเหยให้ปฏิบัติเมื่ออยู่ที่บ้านเพื่อช่วยในการผ่อนคลาย โดยเมื่อสุดตมกลิ่นหอมระบบการรับกลิ่นจะถ่ายโอนโมเลกุลของกลิ่นหอมไปยังระบบลิมบิกในสมอง จากนั้นระบบลิมบิกจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและส่งผลทางจิตวิทยาด้านอารมณ์ ช่วยลดภาวะซึมเศร้ามลง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ผ่านทางช่องทางการโทรติดตาม ส่งผลให้เข้าใจในการปฏิบัติตนภายหลังออกจากโรงพยาบาลและมั่นใจในตนเองมากขึ้น

ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Najafi และคณะ (2014)¹² ที่ศึกษาผลของน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน คัดเลือกโดยการสุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 110 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสูดดมน้ำมันหอมระเหย และกลุ่มควบคุมได้รับยาหลอก ทำการวัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสูดดมน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.01$) และความวิตกกังวล ($P = 0.099$) เมื่อเทียบกับกลุ่มยาหลอก และผลกระทบของขนาดต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 52 และ 54 ตามลำดับและการศึกษาของ Najafi และคณะ (2014)¹² ที่ศึกษาผลของการสูดดม น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในประเทศอิหร่าน คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 68 รายโดย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดการสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์วันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 2 วันตั้งแต่เข้ารับการรักษา และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลการพยาบาลปกติ ภายหลังจากการได้รับการทดลอง 20 นาทีได้มีการประเมินสภาวะความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger's State Anxiety Inventory และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการสูดดม น้ำมันหอมระเหยตัวกลิ่นลาเวนเดอร์สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ และการศึกษาของ Mirbastegan และคณะ (2016)¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bahrami และคณะ(2017)¹¹ ได้ทำการศึกษาผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ได้ทำการทดลองในผู้ป่วยสูงอายุ 90 รายที่ได้รับการวินิจฉัย



โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้เข้าร่วมได้รับการสุ่มให้อยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 45$) โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดจุดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติ และวัดการประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า น้ำมันหอมระเหยกลีลาเวนเดอร์สามารถลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติไม่แตกต่างกัน ($t = .83$, $df = 21$, $p = .21$) ซึ่งอาจจะเกิดได้จากโรคและอาการแสดง การเข้ารับการรักษและการปรับตัวในหอผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และยังไม่มีการรับมือหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ในผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญในการนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลและโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ การให้คำแนะนำรวมถึงการสอนโปรแกรมให้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อนำไปปฏิบัติเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ จะเป็นการส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเพื่อเป็นการส่งเสริมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำการศึกษาโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับการพยาบาลตามปกติที่ได้รับในหอผู้ป่วย ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป หรือใช้น้ำมันหอมระเหยอื่น ๆ เช่น คาโมมายล์ เพื่อเป็นตัวเลือกสำหรับผู้ป่วย

บทสรุป

การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ มีส่วนช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ เป็นการปฏิบัติที่ทำได้ง่าย และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้



Reference

1. World Heart Federation WHF. (2024) WORLD HEART REPORT 2024, from <https://world-heart-federation.org/report2024/>
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ก. Strategy and Planning Division Available from: https://bpsmophgoth/new_bps/2018.
3. กรมควบคุมโรค ก. ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก พ.ศ. 2562. http://thaincdcom/document/file/download/knowledge/ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก_62pdf 2562.
4. The Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M. tK. Thai acute coronary syndromes guildelines 2020. Bangkok: nextstep; 2020.
5. Granville Smith I, Parker G, Rourke P, Cvejic E, Vollmer-Conna U. Acute coronary syndrome and depression: a review of shared pathophysiological pathways. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2015; 49(11): 994-1005.
6. Choy Y, Fyer, A. J., & Goodwin, R. D0. Specific phobia and comorbid depression: A closer look at the national comorbidity survey data. Comprehensive Psychiatry,. 2007; 48(2): 132-
7. Thombs BD, Bass, E., Ford, D. E., Dteewart, K. J., Tsilidis, K. K, Patel, U., Ziegelstein, R. C. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial in farction: Review of the evidence.: journal of General Onternal Medicine,; 2006.
8. เกื้อกุล โอรารวัฒน์. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลทั่วไป: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
9. Zheng X, Zheng Y, Ma J, Zhang M, Zhang Y, Liu X, et al. Effect of exercise-based cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients with myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. Heart & Lung. 2019; 48(1): 1-7.
10. Heidari MR, Ebadi A, Kazemnejad A, Nategh M. The effect of lavender aromatherapy on anxiety and depression in patients with acute coronary syndrome. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2020; 19(2): 157-66.
11. Bahrami T, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M, Tadrissi SD, Sieloff C. Effect of aromatherapy massage on anxiety, depression, and physiologic parameters in older patients with the acute coronary syndrome: A randomized clinical trial. International journal of nursing practice. 2017; 23(6): e12601.
12. Najafi Z, Taghadosi M, Sharifi K, Farrokhian A, Tagharrobi Z. The effects of inhalation aromatherapy on anxiety in patients with myocardial infarction: a randomized clinical trial. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014; 16(8).
13. Mirbastegan N, Ganjloo J, Rakhshani M. Effects of aromatherapy on anxiety and vital signs of myocardial infarction patients in intensive care units. IIUM Medical Journal Malaysia. 2016; 15(2).
14. Shirzadegan R, Gholami M, Hasanvand S, Birjandi M, Beiranvand A. Effects of geranium aroma on anxiety among patients with acute myocardial



- infarction: A triple-blind randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2017; 29: 201-6.
15. Ebrahimi H, Mardani A, Basirinezhad MH, Hamidzadeh A, Eskandari F. The effects of Lavender and Chamomile essential oil inhalation aromatherapy on depression, anxiety and stress in older community-dwelling people: A randomized controlled trial. *Explore*. 2021.
 16. Rambod M, Rakhshan M, Tohidinik S, Nikoo MH. The effect of lemon inhalation aromatherapy on blood pressure, electrocardiogram changes, and anxiety in acute myocardial infarction patients: A clinical, multi-centered, assessor-blinded trial design. *Complementary therapies in clinical practice*. 2020; 39: 101155.
 17. Shirzadegan R, Gholami M, Hasanvand S, Beiranvand A. The effects of Citrus aurantium aroma on anxiety and fatigue in patients with acute myocardial infarction: a two-center, randomized, controlled trial. *Journal of Herbal Medicine*. 2020; 21: 100326.
 18. กุณฑลลี จริยาปยุกต์เลิศ ก, ประทุมศรี . ผลการใช้ น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ต่อการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: Effects of Lavender Essential Oil on Insomnic Patients with Major Depressive Disorder. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2023; 1(1): 47-51.
 19. AlMohammed HI, A Alanazi N, Maghrabi EF, A Alotaibi M. Role of Aromatherapy as a Natural Complementary and Alternative Therapy in Cardiovascular Disease: A Comprehensive Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2022; 2022.
 20. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วังใหม่บุลูพรินต์ 2544.
 21. Hare DL, Davis CR. Cardiac Depression Scale: validation of a new depression scale for cardiac patients. *Journal of psychosomatic research*. 1996; 40(4): 379-86.
 22. Rapin Polsook, Yupin Aungsuroch. Validity and reliability of the Thai version of the Cardiac Depression Scale among Thai cardiac patients. *Songklanakarin Journal of Science & Technology*. 2019; 41(3).

รายนามคณาจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ	ทาโต
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา	ประจุศิลป์
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทยา	วัฒนา
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี	วิเศษฤทธิ์
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์	สาส์ตย์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร	ธนศิลป์
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ	อ่วมตานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ	พัทธอง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ	นันทไทยพิกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย	ศุภเมธพร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา	แดงด้อมยุทธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร	อุปเสน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศกุนตลา	อนุเรื่อง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร	สถิตยुทธการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา	ปรีชาวงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา	สุขตระกูล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์	ตรีนัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล	โรจนาวี
อ.ดร.กาญจณี	พันธุ์ไพโรจน์
อ.ดร.ชลลดา	จงสมจิตต์
อ.ดร.ศิรินภา	จิตติมณี
อ.ดร.เนตรรัชนี	กมลรัตนานันท์
อ.ภาวิณี	ซ้ายกลาง
อ.สินีนาท	วราโภาค
อ.ณิศาทิพย์	ดาราช
Dr.Faizul	Hasan
Dr.Debby Syahru	Romadlon

