

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ
ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจThe Effect of a Humanitude Care Program on the Anxiety of Older Persons Who
were Admitted in a Coronary Care Unit

Received: Jul 7, 2018
Revised: Oct 19, 2018
Accepted: Dec 24, 2018

อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ พย.ม. (Atcharaporn Youyangket, M.N.S)¹
จิราพร เกศพิชญวัฒนา ปร.ด. (Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory; Form X-1) ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจได้

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล, ฮิวแมนนิจูด, ผู้สูงอายุ, หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Email: atcharapom.you@gmail.com

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: wattanaj@yahoo.com

Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to compare: 1) the anxiety of older persons who were admitted in a coronary care unit before and after undergoing a humanitude care program in an experimental group; and 2) the anxiety of older persons who were admitted in a coronary care unit between the experimental group who underwent the program and a control group who received only conventional nursing care. Participants consisted of 44 elderly patients, men and women aged 60 years and over, with moderate anxiety levels. They were admitted in the coronary care unit of Rajavithi Hospital. The first 22 participants were assigned to the experimental group and the other 22 participants were assigned to the control group. The experimental group received the program designed by the researcher which was scheduled for 3 days. Research instruments were: 1) the humanitude care program for elderly persons with anxiety, and 2) the State Anxiety Inventory: Form X-1, Thai version. All instruments were validated for content validity by five professional experts. The reliability of anxiety scale was 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results showed that:

1. The post-test mean score of the anxiety of older persons who were admitted in a coronary care unit and participated in the Humanitude program was significantly lower than the pre-test mean score ($p < .05$).
2. After participating in the program, the mean score of the anxiety of the experimental group was lower than those who received only conventional nursing care. ($p < .05$).

Keywords: anxiety, Humanitude, older person, coronary care unit

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชากรมีแนวโน้มเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 90.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 107.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน¹ ทั้งนี้อุบัติการณ์พบสูงขึ้นมากในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มสัดส่วนประชากรสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติทางหัวใจและหลอดเลือด จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จะได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อให้หายจากโรคและป้องกันการเสียชีวิต แต่ในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัว ความวิตกกังวลขึ้น และมีความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป² สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang และคณะ³ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักต้องการความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด การติดต่อสื่อสารที่ดีจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่คำนึงถึงความเป็น

มนุษย์ ด้วยการดูแลด้วยความรัก ความเมตตา และความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล แต่ด้วยภาวะวิกฤติด้านร่างกายที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญจึงทำให้การพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ ร่วมกับพยาบาลมีการหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์หรือการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ติดกับผู้สูงอายุเป็นไปได้น้อยลง⁴ ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการกระตุ้นทางอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน้อยลง และขาดการกระตุ้นทางกายสัมผัส⁵ อีกทั้งต้องเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย⁶ การแยกจากครอบครัว⁷ เนื่องจากจำกัดเวลาการเข้าเยี่ยม การจำกัดกิจกรรมบนเตียง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้ความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รับรู้ถึงความไม่ปลอดภัย ความไม่แน่นอน ซึ่งผู้สูงอายุประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิตของตนเอง และไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ⁸ ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 60.00⁹ ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 42.00¹⁰ และความวิตกกังวลจะมีระดับสูงสุดในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกภายหลังเข้ารับการรักษา¹¹

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะของบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ หรือภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้เกิดการตื่นตัว รู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หรือกระวนกระวายใจ¹² หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลหรือจัดการกับความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ โดยความวิตกกังวลจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทอิโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น หากมีความวิตกกังวลระดับสูงจะกระตุ้นให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต^{11,13} ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความวิตกกังวลในวันแรกที่เข้ารับการรักษาจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล¹⁴ จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจที่ควรได้รับการดูแลเช่นเดียวกับปัญหาทางกาย แต่อย่างไรก็ตาม

ในทางปฏิบัติด้วยการงานที่หนัก และการพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การดูแลทางด้านร่างกายเพื่อให้พ้นจากภาวะวิกฤต จนละเลยความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะความวิตกกังวล ประกอบกับการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเพณีและทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคล ปัจจุบันจึงเริ่มมีการศึกษาวิธีการบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลายรูปแบบ โดยจากการศึกษาพบว่า การบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เช่น การให้ข้อมูลความรู้ในรูปแบบการสอน การใช้ดนตรีบำบัด และสวนคนธบำบัด ทั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และญาติหรือผู้ดูแลทั้งสิ้น

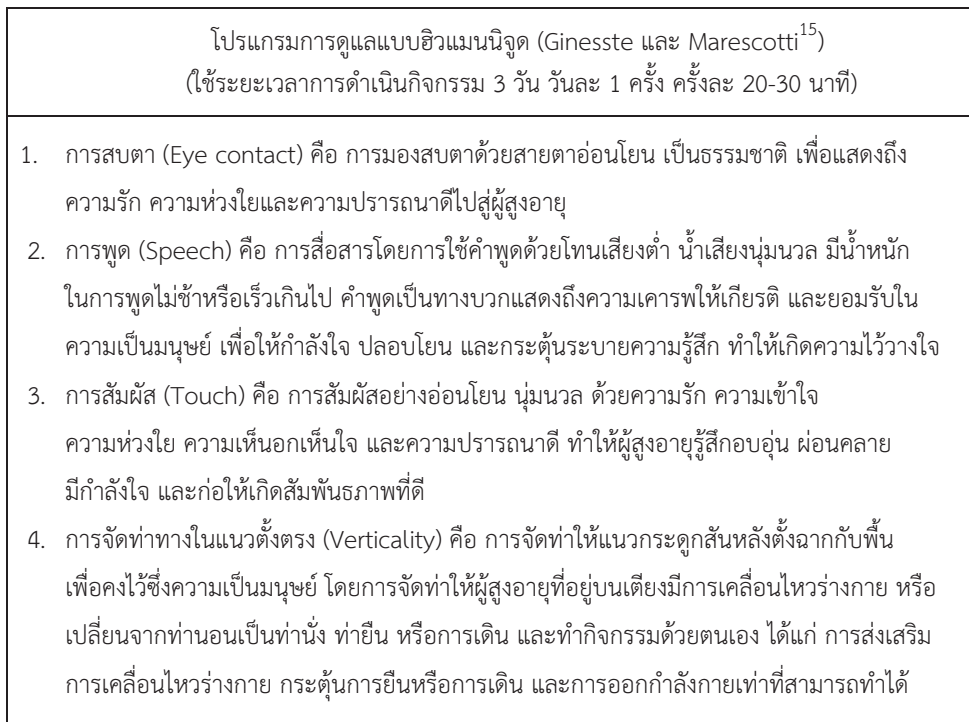
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Ginesste และ Marescotti¹⁷ เป็นรูปแบบการให้การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้ โดยการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาและความอ่อนโยน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยยึดหลักการเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ เพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Verticality)

ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดด้วยความเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ โดยการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ผ่านการสบตาอย่างอ่อนโยน พร้อมรอยยิ้มที่จริงใจ และการพูดเพื่อให้กำลังใจ ปลอบโยนและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ร่วมกับการสัมผัสที่นุ่มนวลและอ่อนโยนจากพยาบาล จะช่วยถ่ายทอดอารมณ์ความรัก ความเข้าใจ ความปรารถนาดีไปสู่ผู้สูงอายุ โดยไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้อารมณ์และความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจจากพยาบาล และได้รับการยอมรับในความเป็นมนุษย์จากพยาบาล พร้อมอยู่เคียงข้าง คอยช่วยเหลือดูแล รับฟังปัญหาและเข้าใจในความทุกข์ทรมานของผู้สูงอายุกำลังเผชิญ เสริมสร้างกำลังใจ และก่อให้เกิดความหวัง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานเหล่านั้น

ได้ ทำให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ สบายใจ และผ่อนคลายความวิตกกังวลลง^{15,16} อีกทั้งยังทำให้เกิดความใกล้ชิด ไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน¹⁷

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่จะต้องนอนพักบนเตียงนานๆ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อประโยชน์ทางการรักษา แต่กลับส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการสูญเสียความเป็นมนุษย์ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดมโนทัศน์และภาพลักษณ์ต่อตนเองในด้านลบ ความสนใจในร่างกายตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด จนเกิดความวิตกกังวลตามมา¹⁵ การส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้ร่างกายอยู่ในแนวตั้งตรง (Verticality) โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง การลุกนั่ง การยืน และการเดิน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเจ็บป่วยตามหลักแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยผสมผสานทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง เข้าด้วยกัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ ความหวัง เกิดคุณค่าในตนเอง และเกิดความมั่นใจ พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ส่งผลให้ความวิตก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ความ
วิตก
กังวล

กังวลลดลง^{15,16}

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
2. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest nonequivalent control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ค่าอิทธิพลขนาดกลาง .50 และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน¹⁸ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 22 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความวิตกกังวลขณะเผชิญระดับปานกลางขึ้นไป ไม่มีการเจ็บป่วยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ภาวะข้อศอก โรคไตวายเฉียบพลัน หรือโรคถุงลมโป่งพอง ยกเว้นภาวะที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และไม่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือเครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump [IABP])

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ
 - 1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The

State Anxiety Inventory; Form X-1) ของ Spielberger และคณะ ฉบับแปลไทยโดย นิตยา ศุภกิติ และคณะ¹⁹ จำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับความรู้สึกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความวิตกกังวลระดับต่ำ (20-39 คะแนน) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (40-59 คะแนน) และความวิตกกังวลระดับสูง (60-80 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดของ Ginesste และ Marescotti¹⁷ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

2.2 แบบประเมินการได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความวิตกกังวล ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วย กิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบ “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” เกณฑ์การประเมินผล คือ คะแนนของกิจกรรมที่ปฏิบัติ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับทดลองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่ได้ผ่านการอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาแล้ว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.9

2. การตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2559 เลขที่ 220/2559 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและปฏิบัติตามแนวที่คณะกรรมการกำหนดไว้ทุกประการ

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยได้เข้าร่วมการฝึกอบรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดย Yves Gineste และคณะ¹⁵ จากนั้นขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตราจารย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 22 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) ให้กลุ่มทดลองมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมมากที่สุดในแต่ละคู่ เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน ได้แก่ อายุ เพศ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จนครบจำนวน 22 คน ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 3 วัน จากนั้นประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 2 โดยใช้แบบประเมินชุดเดิม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เป็นระยะเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมวันที่ 1 (ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนสร้างสัมพันธ์ภาพ (Pre-preliminary) คือ ขั้นตอนก่อนเริ่มการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นผู้วิจัยทำจิตใจให้สงบ มั่นคง เต็มใจให้การดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสบาย คลายความวิตกกังวล และเข้าพบผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรม “แรกพบ” โดยใช้เทคนิคการเคาะประตู ส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุรับรู้และขออนุญาตเข้าไปให้การดูแลทุกครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการตื่นตระหนกตกใจ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (ใช้เวลา 4 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Preliminary) คือ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) และการพูด (Speech) เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล รวมทั้งแสดงถึงความเคารพ และให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรม “สบตาดูด้วยรัก” โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุทางด้านหน้าและให้อยู่ในระดับสายตาของผู้สูงอายุ ระยะห่างจากตัวผู้สูงอายุ ประมาณ 15-20 เซนติเมตร ผู้วิจัยเริ่มสบตาดูผู้สูงอายุด้วยสายตาที่อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดูแลหรือการให้กิจกรรมทางกายภาพ พูดคุยเรื่องทั่วไปที่สื่อถึงเรื่องราวดี ๆ ลักษณะคำพูดเชิงบวก การกล่าวชื่นชม หลีกเลี่ยงการใช้คำถามปลายปิด และสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 3 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแล (Sensory circle) คือ ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบฮิวแมนนิจูด โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Eye contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าทางในแนวตรง (Verticality) เพื่อกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและแสดงถึงความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ และพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและเต็มใจให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ด้วยกิจกรรม “การกระตุ้นความรู้สึก” โดยผู้วิจัยสบตาและให้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ร่วมกับการพูดกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่มีอยู่ภายในใจ พร้อมทั้งรับฟัง ปลอบโยน และให้กำลังใจ ร่วมกับกิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” โดยการจัดทำนั่งศีรษะสูงให้แนวสันหลังตั้งฉากกับพื้นมากที่สุด แนะนำเทคนิคการหายใจแบบลึก และส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง เพื่อให้ผ่อนคลาย และลดอาการเหนื่อยล้า (ใช้เวลา 10 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล (Emotional consolidation) คือ ขั้นตอนในการสรุปผลการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุภายหลังให้การดูแล โดยใช้องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูด และการสัมผัส เพื่อให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจและความรู้สึกดี ๆ ร่วมกัน และส่งผลให้การดูแลในครั้งต่อไปง่ายขึ้น ด้วยกิจกรรม “การสรุปผลการดูแล” โดยการสอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ในขณะที่ผู้วิจัยใช้มือทั้งสองข้างประคองมือผู้สูงอายุขึ้นมา แล้วลูบหลังมือของผู้สูงอายุอย่างนุ่มนวล พร้อมทั้งสบตาและยิ้มให้กำลังใจผู้สูงอายุอย่างอ่อนโยน (ใช้เวลา 2 นาที)

ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล (The appointment) คือ ขั้นตอนในการสิ้นสุดการดูแล โดยใช้ องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา การพูดและการสัมผัส เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย และยินดีให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยกิจกรรม “การนัดหมาย” โดยผู้วิจัยสรุปปัญหาพร้อมกับผู้สูงอายุ และทำการนัดหมายวัน เวลา ในการดูแลครั้งต่อไป จากนั้นกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ (ใช้เวลา 1 นาที)

กิจกรรมวันที่ 2 (ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 20-30 นาที) ผู้วิจัย เข้าพบผู้สูงอายุและดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับกิจกรรมวันที่ 1 ครั้งที่ 1 และเพิ่มกิจกรรมการดูแลในขั้นตอนการปฏิบัติการดูแล ได้แก่ กิจกรรม “การเคลื่อนไหวร่างกาย” เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเอง เกิดการรับรู้ถึงการมีตัวตนหรือความเป็นมนุษย์ในตนเอง โดยนำองค์ประกอบ การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality) มาผสมผสานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายข้างเดียว ได้แก่ การนั่งห้อยขาข้างเดียว การยืน และการเดินออกจากเตียง ตามความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล (ใช้เวลา 10-15 นาที)

กิจกรรมวันที่ 3 (ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 20-30 นาที) ผู้วิจัย เข้าพบผู้สูงอายุและดำเนินโปรแกรมฮิวแมนนิจูดเพื่อลดความวิตกกังวลโดยการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเช่นเดียวกับวันที่ 2 ครั้งที่ 2 โดยเพิ่มกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 คือ การสิ้นสุดการปฏิบัติการดูแล โดยผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหลังเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัย

แจ้งการสิ้นสุดการดูแล และกล่าวขอบคุณด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งยกมือไหว้ เพื่อแสดงความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 1-2 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)
2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Pair t-test statistic)
3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฮิวแมนนิจูด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test statistic)

ผลการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.10 เพศชาย ร้อยละ 40.90 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 59.10 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 56.80 และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.40 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 59.10 ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93.20 ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 70.50, 54.50 และ 38.60 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 81.80

2. ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีค่าเท่ากับ 50.09 (ระดับปานกลาง) ภายหลังจากได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงเท่ากับ 39.86 (ระดับต่ำ) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (n=44)

ความวิตกกังวล	n	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	22	50.09	5.91	ปานกลาง	21	8.038	.000
หลังการทดลอง	22	39.86	5.52	ต่ำ			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความวิตกกังวล	n	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	48.36	5.29	ปานกลาง	42	1.022	.313
กลุ่มทดลอง	22	50.09	5.91	ปานกลาง			
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	51.55	5.41	ปานกลาง	42	7.090	.000
กลุ่มทดลอง	22	39.86	5.52	ต่ำ			

3. ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 51.55 (ระดับปานกลาง) และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 39.86 (ระดับต่ำ) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมตามตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมีความ

วิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยหัวใจและหลอดเลือด และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ เนื่องจากต้องเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งไม่ได้คาดการณ์มาก่อน การไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และการรักษาที่เฉพาะด้านทำให้ปิดกั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ขาดความเป็นส่วนตัว การรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัย ความไม่แน่นอนในชีวิต ความกดดันหรือขัดแย้งที่ประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิตจนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์เหล่านั้นได้ จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจึงต้องการการดูแลทางด้านจิตใจควบคู่กับทางกาย มีความต้องการได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีจากเจ้าหน้าที่³ รวมทั้งได้รับการดูแลที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ที่ต้องการได้รับข้อมูล ความเคารพ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายจากความวิตกกังวล ดังนั้น การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด¹⁵ โดยให้การ

ดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสบตา คือ การสื่อสารผ่านทางสายตา ที่แสดงให้เห็นถึงความรัก ความอบอุ่น ความปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุ และเป็นการยอมรับในการมีตัวตน และเป็นจุดเริ่มต้นของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน 2) การพูด (Speech) คือ การสื่อสารด้วยคำพูดระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสำคัญเพียงพอที่พยาบาลจะคุยด้วยและพร้อมที่จะรับฟังเสมอ ก่อให้เกิดสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การพูดให้กำลังใจ การปลอบโยน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ รู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ ความอบอุ่น และปลอดภัย รวมทั้งการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการของผู้สูงอายุ และการกระตุ้นด้วยคำพูดของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงความเป็นจริง และคลายความวิตกกังวลได้ 3) การสัมผัส (Touch) คือ การสัมผัสอย่างอ่อนโยน แสดงให้เห็นถึงความรัก ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การปลอบโยน และการให้กำลังใจ ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยการสัมผัสจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึกที่ผิวหนัง กระแสความรู้สึกสัมผัสนั้นจะถูกส่งไปตามทางเดินของกระแสประสาทสัมผัส ผ่านใยประสาท (Myelin neurons) เข้าสู่สมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ไปสู่อะมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งอยู่ในสมองส่วนของลิมบิก (Limbic brain) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม หากผู้รับสัมผัสได้รับการสัมผัสที่นุ่มนวล อ่อนโยน จะทำให้รับรู้ถึงความรัก ความเป็นมิตร รู้สึกผ่อนคลาย และไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือ การต่อต้าน การดูแลที่ได้รับ และ 4) การจัดทำทางในแนวตั้งตรง (Verticality) คือ การจัดทำทางให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้แนวกระดูกสันหลังตั้งฉากกับพื้นให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการปล่อยให้ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงทั้งที่สามารถลุกขึ้นนั่งได้นั้นถือเป็นการลดความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง หดหู่ ท้อแท้ และส่งผลต่อสุขภาพทางกาย¹⁶

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามโปรแกรมฮิวแมนนิจูด

ซึ่งบูรณาการทั้ง 4 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ลดภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยการสัมผัสที่นุ่มนวล จะถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก เช่น ความรัก ความห่วงใย ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ผ่านการสัมผัสทางกาย โดยการจับมือ แขน หรือไหล่ของผู้ป่วย โดยกระทำร่วมกับการสบตา และการพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ หรือการพูดกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีการตอบสนองต่อการสัมผัสในทางที่ดี ก่อให้เกิดความสุขสบาย มีกำลังใจ และรับรู้ได้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะรับฟังและให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการจัดท่าและการเคลื่อนย้าย ที่ถูกต้องตามหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ในร่างกายได้ดีขึ้น และส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Honda และคณะ²⁰ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตได้

นอกจากนี้ จากการศึกษาข้างพบว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุดีขึ้น เกิดความไว้วางใจ และยอมรับการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Ito และคณะ¹⁷ พบว่าการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลดีขึ้น ไว้วางใจพยาบาล โดยการสบตาอย่างอ่อนโยน การพูดเพื่อให้กำลังใจ ปลอบโยน และการสัมผัสที่นุ่มนวลจากพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ สบายใจ รู้สึกผ่อนคลาย และรับรู้ถึงการมีตัวตน หรือความเป็นมนุษย์ในตนเองเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และง่ายต่อการให้การพยาบาล

จากการอภิปรายผลข้างต้น สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยลดหรือป้องกันความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง โดยขยายไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอื่นๆ อาทิเช่น ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด มีภาวะสับสน ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยในกลุ่มติดเตียง

ผู้ป่วยศัลยกรรม หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นต้น ทั้งนี้ควรปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน หรือปรับรูปแบบกิจกรรมโดยเน้นให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

References

1. Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2017: Statistic of death by leading cause group, 2012-2016 [Internet]. 2017 [cite 2018 Feb 1]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health%20stratistic%202560.pdf
2. Kosolchuenvijit J. Caring: Central focus of humanistic care. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2013;29:134-41. (in Thai)
3. Chang CW, Chen YM, Su CC. Care needs of older patients in the intensive care units. Journal of Clinical Nursing 2012;21:825-32.
4. Han KS, Park YI. The level of anxiety and relating factors of ICU patients. The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education 2002;8:155-66.
5. Hanucharunkun S. Nursing: the science of practice. 2nd ed. Bangkok: V J printing; 2011. (in Thai)
6. Tullmann DF, Hawkes PB, Enfield EH. The critical care environment. In: Foreman MD, Milisen K, Fulmer TT, editors. Critical Care Nursing of the Older Adult: Best Practices. New York: Springer Publishing Company; 2010. p. 23-35.
7. Moser DK, Chung ML, Mckinley S, Regel B, An K, Cherington CC. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment management. Intensive and Critical Care Nursing 2003;19:276-88.
8. Eliopoulos C. Gerontological ursing. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
9. Koh CK. Patients' anxiety in intensive care units and its related factors. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2007;37:586-93.
10. Balasubramanian N. A study to assess level of anxiety among intensive care unit (ICU), patients in a selected hospital, Salem, Tamilnadu. Asian Journal of Nursing Education and Research 2013;3: 88-92.
11. An K, De Jong MJ, Riegel BJ, McKinley S, Garvin BJ, Doering LV, et al. A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction. The Journal of Acute and Critical Care 2004;33:75-82.
12. Spielberger CD, Guerrero RD. Cross-Cultural Anxiety. New York: Hemisphere Publishing Corporation; 1983.
13. Hildrum B, Mykletun A, Holmen J, Dahl AA. Effect of anxiety and depression on blood pressure: 11-year longitudinal population study. The British Journal of Psychiatry 2008;193:108-13.

14. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care* 2004;13:136-45.
15. Gineste Y, Marescotti R. The sensory capture and feedback in the management of behavioural disturbances in demented old patients during basic care [Internet]. 2008 [cited 2015 Oct 1]. Available from: <http://cec-formation.net/pagespersoorange.fr/sensorycapture.htm>.
16. Phaneuf M. The concept of humanitude as applied to general nursing care [Internet]. 2007 [cited 2016 Sep 1]. Available from: [http://www.infressources.ca/fer/Depotdocumentanglais/The concept of humanitude as applied to general nursing care.pdf](http://www.infressources.ca/fer/Depotdocumentanglais/The%20concept%20of%20humanitude%20as%20applied%20to%20general%20nursing%20care.pdf).
17. Ito M, Honda M, Gineste Y, Marescott R, Hirayama R, Shimada C, et al. An examination of the influence of Humanitude caregiving on the behavior of older adults with dementia in Japan. [Internet]. 2015[cited 2016, Sep 17]. Available from: <http://humanitude-usa.com/wpcontent/uploads/2015/11/Diapositive1.pdf>.
18. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: Appraisal. Synthesis and Generation of Evidence*. 6th ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2009.
19. Detyoddee P. The effect of transitional information on anxiety reduction in patients with acute coronary syndrome discharging from intensive care. [Master's thesis of Nursing Science]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. (in Thai)
20. Honda M, Mori M, Hayashi S, Moriya K, Marescotti R, Gineste Y. The effectiveness of French origin dementia care method; Humanitude to acute care hospitals in Japan. *European Geriatric Medicine* 2013:s207.