



วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

JNSCU

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University

ISBN 0858-1231

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2566 |

Vol 35 No.2 May-August 2023

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วารสารพยาบาลศาสตร์

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ
ในสาขาพยาบาลศาสตร์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน
Journal of Nursing Science Chulalongkorn University
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 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน-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

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2566

ที่ปรึกษา (Editorial advisor)

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

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดิ์ (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 โอทากานนท์ (Prof. Dr. Pranorm Otaganon)

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียกมล รัชกุล

(Assist. Prof. Dr. Pregamol Rutchanagul)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กริทอง

(Assist. Prof. Dr. Puangpaka Kreethong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทกานต์ กาญจนเวทังค์

(Assist. Prof. Dr. Jantakarn Kanjanawetang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศัลยา ศิริภัทรากุล แสนหลวง

(Assist. Prof. Dr. Cattaliya Siripattarakul Sanluang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา อุรัตนเมธี

(Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.สุฤดี รัชตฤกษ์กุล

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาโสโสภณ

(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

คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการบูรณย์ มหาวิทยาลัยนวัตกรรมบริหารราช

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

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารฯ เป็นวาระกรรมของผู้นเขียน 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.

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2566

สารบัญ

บทความวิชาการ

หน้า Content

Page

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการ
สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

แพรศิริ อยู่สุข

ชลธิรศน์ คูหา

1 The Role of Geriatric Nurses in Screening for
Geriatric Syndromes in the Geriatric Clinic.

Praesiri Yoosuk

Chontirod Kooha

บทความวิจัย

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน
ของผู้ดูแลในครอบครัว

กัมพล อินทรทะกุล

สุรีพร ธนศิลป์

ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร

12 Experiences of Caring for Patients with
Advanced Cancer at Home of Family Caregivers

Kampon Introntakun

Sureeporn Thanasilp

Pinhatai Supametaporn

กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดใน
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลเมตตา
ประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ณัฐพรรณ จรดล

วิวัฒน์ เหล่าชัย

เสาวลักษณ์ คุณทวี

24 Process and Outcomes for Pain Management
in Patients after Ophthalmic Surgery in Metta
Pracharak Hospital (Wat Rai Khing)

Natapunn Jaradol

Wiwat Laochai

Saowaluck Koonthawee

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
ต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(NCDs)

หงษ์ บรรเทิงสุข

มะลิสา งามศรี

36 The effect of a cognitive-behavioral therapy
program on depressive symptoms in the
elderly with chronic non-communicable disease

Hong Banthoengsuk

Malisa Ngamsri

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2566

ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจ
ครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

จันทร พูลพิพัฒน์

รัตน์ศิริ ทาโต

50 Factors predicting time to first hospital visit
among persons with breast cancer

Jantorn Pullpipat

Ratsiri Thato

ผลของการประคบเย็นโดยใช้หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ต่อ
ความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องในผู้ป่วยโรกระบบ
ทางเดินอาหาร

โชติกา ทองหล่อ

รัตน์ศิริ ทาโต

ปิ่นหทัย สุภเมธภาพร

61 Effects of Cold Compress using Rice-Berry
Pillow on Pain after Open Abdominal Surgery
in Patients with Gastrointestinal disease.

Chotika Thonglor

Ratsiri Thato

Pinhatai Supametaporn

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2566 บทความวิชาการและบทความวิจัยได้รับการพิจารณาลักษณะบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (doble blinded)

ปัจจุบันวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สามารถส่งบทความวิชาการ (article) รายงานการวิจัย (research article) บทความงานสร้างสรรค์ (creative article) บทความปริทัศน์ (review article) บทความการวิเคราะห์อภิมาน (metanalysis article) บทความพิเศษ (special article) เพื่อตีพิมพ์ โปรดส่งผ่านระบบวารสาร online ของ Thaijo และ Scholae one และสามารถสอบถามรายละเอียดการส่งบทความได้ที่กองจัดการวารสาร โทร 02-218-1129, email: juscua@chula.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาพิจารณาลักษณะบทความ ให้ข้อเสนอแนะบทความเพื่อให้มีผลงานที่มีคุณภาพ เป็นแหล่งองค์ความรู้ และเชื่อมโยงการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลก อย่างยั่งยืนต่อไป

ผศ.ร.ต.ต หญิง ดร ปาณัญญ์ นนไทยทวีกุล
บรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุใน คลินิกผู้สูงอายุ

แพรศิริ อยู่สุข* และ ชลธิรศน์ คูหา**

บทคัดย่อ

วัยสูงอายุเป็นช่วงปลายของชีวิตมนุษย์ ซึ่งมีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอาจส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) และเป็นสาเหตุที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและรุนแรงหลายระบบในร่างกายหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที รวมถึงมีแนวโน้มการเกิดผลลัพธ์คลินิกที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุเป็นการประเมินสถานะของผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติสำคัญ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย 2) ภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด 3) สภาพแวดล้อมและสังคม และ 4) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับวางแผนให้การดูแลตามความต้องการและสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามบริบทการทำงานซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมาก ต้องคัดกรองภาวะเร่งด่วนที่คุกคามชีวิต และให้การพยาบาลในระยะฉุกเฉินก่อนเป็นลำดับแรก การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุจึงมักถูกมองข้าม พยาบาลผู้สูงอายุถือเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพด่านแรกในการตั้งรับผู้รับบริการสูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุและการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุ/ กลุ่มอาการสูงอายุ/ คลินิกผู้สูงอายุ

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: Praesiri.Yos@Mahidol.edu

** พยาบาลวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



The Role of Geriatric Nurses in Screening for Geriatric Syndromes in the Geriatric Clinic

Praesiri Yoosuk* and Chontirod Kooha**

Abstract

Aging is the end of human life. which has evolved to physiological changes can result in geriatric syndromes and cause complex and severe health problems including the poor clinical outcomes and affects to quality of life of the older persons and caregivers. Screening for geriatric syndromes was an assessment of the older persons condition covering all important dimensions: 1) physical, 2) mental and cognitive, 3) environment and society, and 4) functional to identify health problems and sources of benefits that are necessary to plan comprehensive care according to the needs and health conditions of the older persons. Comprehensive screening for the geriatric syndromes in the early stages will help prevent and monitor the occurrence of the geriatric syndromes effectively. However, the working context which each day has many service recipients Screening for urgent, life-threatening conditions and provide emergency care first and foremost Screening for the geriatric syndromes is often overlooked. Geriatric nurses are considered the first line of health personnel in accepting the older persons service recipients. Therefore, it is necessary to have knowledge about screening guidelines for geriatric syndromes. and forwarding for maintenance. This article aims to present the role of geriatric nurses in screening for geriatric syndromes in the geriatric clinic. which will lead to the goal of taking care of the health of the older persons contributing to a better quality of life.

Keywords: role of geriatric nurses/ geriatric syndromes/ geriatric clinic



บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2564 ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้า ในปี 2583 จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากร¹ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุพัฒนาการด้านต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ซึ่งอาจส่งผลให้มีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดงใน 2 ลักษณะสำคัญ คือ อาการและอาการแสดงเฉพาะโรคที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไปแต่อาจไม่พบในผู้สูงอายุ และอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน เรียกว่า กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes)²

กลุ่มอาการสูงอายุ เป็นกลุ่มอาการลักษณะเฉพาะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า และภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่² กลุ่มอาการสูงอายุเป็นสาเหตุที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในร่างกายหลายระบบและส่งผลกระทบต่อพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นในเวลารวดเร็วหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึงที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคและการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม³ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการมีกลุ่มอาการสูงอายุอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มอาการ กลุ่มอาการสูงอายุจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มการเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดีต้องพักรักษาตัวเป็นเวลานาน เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสูงขึ้น รวมถึงเพิ่มภาระการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก และทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น นอกจากนั้นยังเพิ่มการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพในการจัดการบริการเป็นอย่างมาก⁴⁻⁶ ดังนั้นการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาล

ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง³ ทั้งนี้แนวทางคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุที่จะกล่าวถึงในบทความนี้ซึ่งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 ยังไม่ได้รวบรวมไว้ ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะโภชนาการ ภาวะมวกล้มเล็กน้อย ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุเป็นการประเมินสภาวะของผู้สูงอายุแบบหลายมิติ ซึ่งไม่ได้เน้นเฉพาะด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังครอบคลุมมิติสำคัญ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย 2) ภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด 3) สภาพแวดล้อมและสังคม และ 4) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับวางแผนให้การดูแลตามความต้องการและสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม⁷⁻⁸ ปัจจุบันเครื่องมือในการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุได้รับการพัฒนาให้มีความแม่นยำที่เป็นมาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น³ ทั้งนี้การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงลดการเข้าไประพอบในสถานพักฟื้นคนชรานำไปสู่การจัดการปัญหาสุขภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา⁹ อย่างไรก็ตามบริบทการทำงานซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมาก ต้องคัดกรองภาวะเร่งด่วนที่คุกคามชีวิต และให้การพยาบาลในระยะฉุกเฉินก่อนเป็นลำดับแรก การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในระยะแรกจึงมักถูกมองข้าม¹⁰

การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในระยะแรกมักถูกมองข้ามจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มารับบริการจำนวนมาก และมักมาด้วยอาการเจ็บป่วยหลายโรค รวมถึงมีอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการสูงอายุไม่ชัดเจน นอกจากนี้เครื่องมือการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุมีความซับซ้อนบุคลากรขาดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ ดังนั้นการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุจึงเริ่มทำในระยะที่ผู้สูงอายุแสดงกลุ่มอาการสูงอายุขึ้นอย่างชัดเจน^{3,10} อย่างไร



ก็ตามจากหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุและส่งต่อดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรกเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ทั้งยังช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดการเข้าไประหว่างสถานพักฟื้นคนชรา รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิต^{6,9-12} พยาบาลผู้สูงอายุถือเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพด่านแรกในการตั้งรับผู้รับบริการสูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุและการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ความหมาย

กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) หมายถึง กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน เป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ซึ่งประกอบด้วย ภาวะหกล้ม (instability) การสูญเสียความสามารถในการเดิน (immobility) ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง (intellectual impairment) เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะสับสน (delirium) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นต้น รวมถึงภาวะกลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ (incontinence) ภาวะขาดสารอาหาร (inanition) ภาวะนอนไม่หลับ (insomnia) โรคหรือภาวะที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (iatrogenesis) เช่น ผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีภาวะเปราะบาง (frailty) และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) ซึ่งเป็นภาวะที่กล่าวถึงกันไม่นานนัก^{2,4}

พยาธิสรีรวิทยาในการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ

กลุ่มอาการสูงอายุมีการเกิดพยาธิสรีรวิทยาที่ไม่ชัดเจนซึ่งเป็นผลมาจากอายุที่มากขึ้นส่งผลให้มีการเสื่อมของระบบสมดุลในร่างกายและระบบประสาท โดย

สาเหตุการเกิดแต่ละกลุ่มอาการมักมีหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนั้นการป้องกันจึงต้องทำหลายส่วนร่วมกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากวัยอื่น โดยแสดงเป็นคำย่อว่า RAMPS ดังนี้ 1) Reduce body reserve พลังสำรองของร่างกายลดลงเนื่องมาจากกระบวนการชรา 2) Atypical presentation อาการและอาการแสดงไม่จำเพาะเจาะจงต่อโรคใดโรคหนึ่ง 3) Multiple pathology มีพยาธิสภาพหลายชนิดในอวัยวะหลายระบบ 4) Polypharmacy มีโอกาสได้รับยาหลายชนิดในการรักษาโรค รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยาหลายชนิดในอดีต และ 5) Social adversity มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกครอบครัวของบุตรหลาน และการสูญเสียคู่ครอง เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุตามมา^{2,4}

แนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

แนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Screening Syndrome, GSS) ต้องอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย 2) การประเมินภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด 3) การประเมินสภาพแวดล้อมและสังคม และ 4) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน^{8,13} มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย (physical assessment) เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว การใช้ยา การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ภาวะนอนไม่หลับ ภาวะเปราะบาง และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย รวมถึงการคัดกรองปัญหาสุขภาพทางกายที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน และปัญหาสุขภาพช่องปาก^{8,13}



1.1 การคัดกรองภาวะหกล้ม พยาบาลอาจเริ่มต้นด้วยการซักประวัติการหกล้มในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น มีความผิดปกติในการทรงตัว หรือใช้ยาหลายชนิด โดยเฉพาะยาที่อาจมีผลให้เกิดการหกล้ม ในกรณีที่มีประวัติการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 1 ปี หรือมีปัจจัยเสี่ยง ควรประเมินการเดินและการทรงตัวต่อไป สำหรับการประเมินการเดินและการทรงตัว ในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุ ได้แก่ Timed Up and Go Test (TUGT)¹³ นอกจากนี้มีหลักฐานสนับสนุนการประเมินด้วยวิธี Five Times sit-to stand (FTSST) ซึ่งเป็นอีกวิธีที่ได้รับความนิยม เหมาะสำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในระยะแรก ทั้งยังใช้เวลาสั้น โดย FTSST เป็นการประเมินการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุลุก-นั่งจากเก้าอี้ เอามือกอดอก ติดต่อกัน 5 ครั้ง จับเวลาที่ใช้ในการลุก-นั่งจากเก้าอี้ การแปลผล ผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี หากใช้เวลามากกว่า 11.50 วินาทีขึ้นไป แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม และผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีขึ้นไป หากใช้เวลามากกว่า 12.10 วินาทีขึ้นไป แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มเช่นกัน¹⁴ ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มควรส่งต่อให้แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา หากคัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยง พยาบาลควรให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะหกล้ม โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกำลังของกล้ามเนื้อและฝึกการทรงตัว การสวมรองเท้าที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม เป็นต้น

1.2 การคัดกรองภาวะขาดสารอาหาร พยาบาลควรเริ่มต้นคัดกรองด้วยการชั่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง เพื่อบริการคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ทั้งนี้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถยืนได้ การชั่งน้ำหนักพิจารณาใช้เครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับรถเข็น ซึ่งจะสามารถชั่งน้ำหนักผู้สูงอายุพร้อมรถเข็นทั้งแบบนั่งและ

แบบนอน อย่างไรก็ตามการคำนวณดัชนีมวลกายไม่ใช่การคัดกรองภาวะโภชนาการที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากยังขาดความจำเพาะ ดังนั้นจึงมีการนำเครื่องมือมาใช้ในการคัดกรองเพื่อนำไปสู่การคัดกรองภาวะโภชนาการโดยละเอียดต่อไป¹³

สำหรับการคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุ ได้แก่ The Mini Nutritional Assessment (MNA)¹³ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานสนับสนุนการคัดกรองภาวะโภชนาการในคลินิกผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ The Nutrition Alert Form (NAF) ซึ่งใช้เวลาในการประเมินไม่เกิน 5 นาทีในแต่ละราย ทั้งนี้คะแนนจากเครื่องมือ NAF มีความสัมพันธ์กับ MNA ที่คำนวณจากค่าดัชนีมวลกาย ค่าอัลบูมินในซีรัม หรือค่าจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ให้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน โดย NAF เป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการที่ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม การแปลผล ในกรณีที่ได้คะแนน 0-5 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม NAF A (normal or mild malnutrition) หมายถึง พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย 6-10 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม NAF B (moderate malnutrition) หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง และในกรณีที่ได้คะแนน >11 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม NAF C (severe malnutrition) หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง¹⁵ ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางขึ้นไป ควรส่งต่อให้นักโภชนาการทำการประเมินภาวะโภชนาการ และส่งต่อให้แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา ในกรณีที่คัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยง พยาบาลควรให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนถูกต้องเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

1.3 การคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยต้องอาศัยเครื่องมือที่มีความเฉพาะทางและมีราคาสูง อย่างไรก็ตามมักพบว่าในสถานพยาบาลทั่วไปยังขาดแคลนเครื่องมือดังกล่าว



เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีราคาสูง ดังนั้นจึงทำให้ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมักไม่ได้รับการวินิจฉัย สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของ Asian Working Group of Sarcopenia (AWGS) ประกอบด้วย 3 ข้อ ได้แก่ 1) มวลกล้ามเนื้อลดลง (low muscle mass) 2) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (low muscle

strength) และ 3) ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง (low physical performance) การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย คือ จะต้องมียกข้อ 1 ร่วมกับข้อ 2 หรือ ข้อ 3 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวัดและจุดตัดตามคำแนะนำของ AWGS มีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงเครื่องมือที่ใช้ในการวัดและจุดตัดตามคำแนะนำของ AWGS

สิ่งที่วัด	เครื่องมือที่ใช้ในการวัด	จุดตัด	
		ผู้ชาย	ผู้หญิง
มวลกล้ามเนื้อ	Dual energy X-ray Absorptiometry (DXA)	7 กก./ม. ²	5.4 กก./ม. ²
	Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)	7 กก./ม. ²	5.7 กก./ม. ²
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	กำลังกล้ามเนื้อข้อมือ (Handgrip Strength)	28 กก.	18 กก.
ความสามารถในการทำกิจกรรม	ความเร็วในการเดินระยะทาง 6 เมตร (6-meter-walk)	1 ม./วินาที	1ม./วินาที

อย่างไรก็ตามการคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในสถานพยาบาลที่ขาดแคลนเครื่องมือ พยาบาลสามารถคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม เช่น SARC-F และในกรณีที่ SARC-F มีคะแนน > 4 คะแนน ควรส่งตรวจเพิ่มเติมต่อไป ส่วนในสถานพยาบาลมีเครื่องมือ AWGS แนะนำให้คัดกรองด้วยการวัดกำลังกล้ามเนื้อข้อมือ (handgrip strength) และวัดความเร็วในการเดินระยะทาง 6 เมตร (6-meter-walk) เป็นอันดับแรก ในกรณีที่ผลปกติทั้งสองอย่าง แสดงว่าไม่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แต่ในกรณีที่พบว่ากำลังกล้ามเนื้อข้อมือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หรือความเร็วในการเดินต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ให้ส่งวัดปริมาณมวลกล้ามเนื้อต่อไป และถ้าพบว่า มีปริมาณมวลกล้ามเนื้อต่ำร่วมกับกำลังกล้ามเนื้อข้อมือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หรือร่วมกับความเร็วในการเดินต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ แสดงว่ามีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ควรส่งพบนักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการให้โภชนาการ เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการพบว่าสามารถช่วยป้องกันและรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย¹⁶ และส่งต่อให้แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผล

และทำการรักษา หากคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติ ควรให้คำแนะนำการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

2. การประเมินภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด (mental and cognitive assessment) เป็นการประเมินเกี่ยวกับสติปัญญา การรับรู้ และสุขภาพด้านจิตใจ เพื่อให้ทราบความผิดปกติที่อาจซ่อนอยู่ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าแบบเฉียบพลัน^{8,13}

2.1 การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในทางปฏิบัติพยาบาลอาจคัดกรองผู้สูงอายุทั่วไปด้วยการซักถามผู้ดูแลใกล้ชิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ โดยซักถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งขั้นซับซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์และขั้นพื้นฐาน ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) เช่น การใช้โทรศัพท์ การทำอาหาร การเดินทาง การใช้จ่ายซื้อของ การจดยา เป็นต้น ส่วนการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน



ขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living, BADL) เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การใช้ห้องน้ำ เป็นต้น ทั้งนี้การซักถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พยาบาลควรสอบถามจากผู้ดูแลใกล้ชิดที่ใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากจะทำให้ทราบถึงความผิดปกติที่อาจซ่อนอยู่ ในกรณีที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผิดปกติ โดยไม่ได้เกิดจากความเจ็บป่วยของร่างกาย ให้พยาบาลประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองต่อไป¹⁷

สำหรับแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง ตัวอย่างเครื่องมือที่นิยมใช้อย่างกว้างขวางในประเทศไทย ได้แก่ Thai Mental State Examination (TMSE) Mini-Mental State Examination (MMSE) และ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)¹⁷ ซึ่งพยาบาลผู้ทดสอบควรมีทักษะการใช้แบบทดสอบสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่แขน อาจส่งผลให้คะแนนการทดสอบมีความคลาดเคลื่อน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน พยาบาลควรแนะนำให้ผู้สูงอายุสวมแว่นตาและใช้เครื่องช่วยฟังขณะทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง และในกรณีที่คะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองผิดปกติ ให้สงสัยว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะสมองเสื่อม ควรส่งต่อให้แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา หากคัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยง ควรให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2.2 การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในทางปฏิบัติ พยาบาลอาจพบปัญหาในการคัดกรอง เนื่องจากต้องใช้เวลานานพอสมควร ดังนั้นพยาบาลอาจเริ่มต้นด้วยการถามความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาด้วยคำถามสั้น ๆ 2 คำถาม (2Q) ซึ่งเป็นการคัดกรองที่ใช้เวลาน้อยและใช้ง่าย ในกรณีที่ตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าปกติ ในกรณีที่ตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ

แสดงว่า มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า ให้ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมต่อไป เนื่องจากจะส่งผลให้มีความไวและความจำเพาะมากยิ่งขึ้น สำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง ปัจจุบันใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยแบบวัดที่สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของผู้สูงอายุไทยเป็นอย่างดี ได้แก่ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) ซึ่งประกอบด้วยชุดของข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล คะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ 13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง¹³ หากคัดกรองแล้วพบว่า มีภาวะซึมเศร้าควรส่งต่อให้นักจิตวิทยาเพื่อการบำบัดเบื้องต้น และในกรณีที่พบว่าผลการบำบัดไม่ดีขึ้น ควรส่งพบแพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา แต่หากคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติ ควรให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามการคัดกรองภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรเลือกสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน นอกจากนี้พยาบาลผู้คัดกรองควรสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย ระบายอารมณ์ ซึ่งจะทำให้พยาบาลได้รับข้อมูลจากผู้สูงอายุมากที่สุด

3. สภาพแวดล้อมและสังคม (environment and society assessment) ประกอบด้วย

- 1) การประเมินผู้ดูแล เช่น ความรู้ ความสามารถในการดูแล ความเครียดจากการดูแล และภาระการดูแล เป็นต้น
- 2) ประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความเสี่ยงหรือมีความปลอดภัยหรือไม่ เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น ทางต่างระดับ บันไดไม่มีราวจับ เป็นต้น
- 3) การประเมินสิทธิการรักษา รายได้ และค่าใช้จ่าย มีเพียงพอหรือไม่^{8,13} ทั้งนี้พยาบาลควรประสานงานสอดคล้อง



แหล่งประโยชน์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น ส่งคลินิกประเมินสภาพบ้านที่อยู่อาศัยในกรณีที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความเสี่ยง หรือส่งพบนักสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่พบว่าผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมีปัญหาการขาดการพยาบาล เป็นต้น

4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional assessment) เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการประเมินที่ทำให้พยาบาลทราบปัญหาและข้อจำกัดที่แท้จริงในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living, BADL) ได้แก่ รับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การเดิน การแต่งตัว การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การใช้ห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะอุจจาระ และการขึ้นลงบันได เครื่องมือที่นิยมใช้ คือ แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล เอ็ดดีแอล Barthel Activities of Daily Living, ADL และ 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การทำอาหาร การซักผ้า การเดินทาง การจ่ายค่าเช่า การดูแลบ้าน การจัดยา และการจัดการเงิน เครื่องมือที่นิยมใช้ คือ The Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale, L-IADL^{13,17} ทั้งนี้การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พยาบาลควรสอบถามจากผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ เนื่องจากจะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพราะหลายครั้งที่ผู้ดูแลที่พามาพบแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลควรให้คำแนะนำสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อคงความสามารถเดิมไว้ให้นานที่สุด

ขั้นตอนการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

ขั้นตอนการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ มีดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

3) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ 4) การประสานงานและส่งต่อพบสหสาขาวิชาชีพ 5) การสอนและการให้คำปรึกษา

1. การสร้างสัมพันธภาพในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นปชชนวัยบุคคลที่สังคมไทยให้การเคารพยกย่องและยอมรับ จากการสังสรรค์ ประสพการณ์ ภูมิปัญญาต่าง ๆ ไว้อย่างมากมาย การสื่อสารควรใช้คำพูดที่สุภาพ ให้เกียรติ ดังนั้นพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่การแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้น้ำเสียงและท่าทางที่สุภาพ รวมถึงพูดช้า ๆ และใช้ถ้อยคำที่ชัดเจน ใช้คำศัพท์ที่เข้าใจง่าย ไม่ควรตะโกน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม

2. การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ โดยอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย 2) การประเมินภาวะสุขภาพจิตและการรู้คิด 3) การประเมินสภาพแวดล้อมและสังคม และ 4) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

3. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพเพื่อวางแผนให้การพยาบาล โดยการรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผล เพื่อวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงวางแผนป้องกันปัญหาสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดตามมาในภายหลัง หรือวางแผนการส่งเสริมสุขภาพให้ภาวะสุขภาพดีคงอยู่ต่อไป เพื่อให้การดูแลที่เกิดผลดีที่สุดกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล

4. การประสานงานและส่งต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลพบสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น การประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุจากการคัดกรองและสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมพบแพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือการประสานส่งต่อผู้สูงอายุจากการคัดกรองและมีภาวะซึมเศร้าพบนักจิตวิทยา หรือการประสานงานส่งคลินิกประเมินสภาพบ้านที่อยู่อาศัยในกรณีที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความเสี่ยง เป็นต้น



5. การสอนและการให้คำปรึกษา โดยผู้ที่รับการสอนอาจเป็นผู้สูงอายุเองหรือผู้ดูแล ความรู้หรือคำแนะนำในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น การป้องกันภาวะหกล้ม การได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วน ถูกต้อง การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติจะทำให้ทราบปัญหาและข้อจำกัดที่ชัดเจนของผู้สูงอายุซึ่งอาจมีความซับซ้อน และต้องอาศัยความรู้ความชำนาญหลากหลายทักษะในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุ โดยบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุนี้นี้^{2,18}

1. บทบาทผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Health care provider) โดยการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม เป็นการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้สูงอายุและผู้ดูแลรายบุคคลครอบคลุมทุกมิติ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมจะทำให้ค้นพบปัญหาที่ซ่อนเร้นอยู่ในผู้สูงอายุ นำไปสู่การวินิจฉัยและวางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุรายบุคคล ซึ่งพยาบาลผู้สูงอายุต้องมีทักษะในการประเมินและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ และมีความสามารถใช้เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีความสามารถในการแยกแยะระหว่างผู้สูงอายุปกติ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

2. บทบาทผู้ประสานงาน (Collaborator) โดยการจัดการประสานงานและส่งต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลอาจมีปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญหลากหลายทักษะในการดูแล จึงต้องการบุคลากรทางด้าน

สุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุจึงควรมีบทบาทในการประสานงานกับทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ

3. บทบาทผู้สอน (Educator) พยาบาลผู้สูงอายุควรมีบทบาทในการสอน ให้คำแนะนำ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการถ่ายทอดประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) โดยการให้คำปรึกษาผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการจัดการดูแลสุขภาพและปัญหาจากการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ เพื่อให้เห็นถึงพลังอำนาจในตนเอง เกิดมุมมองในการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

บทสรุป

การคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ พยาบาลผู้สูงอายุถือเป็นบุคลากรด่านแรกในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุและการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา โดยบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ประกอบด้วย 1) บทบาทผู้ให้บริการด้านสุขภาพ 2) บทบาทผู้ประสานงาน 3) บทบาทผู้สอน และ 4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา ทั้งนี้ พยาบาลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุควรพัฒนาศักยภาพดังกล่าว เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



Reference

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Older Persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2022. (in Thai).
2. Kim J, Miller S. Geriatric Syndromes: Meeting a Growing Challenge. *Nurs Clin North Am.* 2017;52(3):ix-x.
3. Tran HT, Leonard SD. Geriatric Assessment for Primary Care Providers. *Prim Care.* 2017;44(3):399-411.
4. Cheung JTK, Yu R, Wu Z, Wong SYS, Woo J. Geriatric syndromes, multimorbidity, and disability overlap and increase healthcare use among older Chinese. *BMC Geriatr.* 2018;18(1):147.
5. Canaslan K, Ates Bulut E, Kocyigit SE, Aydin AE, Isik AT. Predictivity of the comorbidity indices for geriatric syndromes. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):440.
6. Shin J, Han SH, Choi J, Kim YS, Lee J. Importance of Geriatric Syndrome Screening within 48 Hours of Hospitalization for Identifying Readmission Risk: A Retrospective Study in an Acute-Care Hospital. *Ann Geriatr Med Res.* 2020;24(2):83-90.
7. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing.* 2018;47(1):149-155.
8. Schippinger W. Comprehensive geriatric assessment. *Wien Med Wochenschr.* 2022;172(5-6):122-125.
9. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age Ageing.* 2022;51(5):afac104.
10. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(2):192.e1-192.e11.
11. Mazya AL, Garvin P, Ekdhahl AW. Outpatient comprehensive geriatric assessment: effects on frailty and mortality in old people with multimorbidity and high health care utilization. *Aging Clin Exp Res.* 2019;31(4):519-525.
12. Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM, Roberts HC, Sayer AA. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(2):197-205.
13. Seematter-Bagnoud L, Büla C. Brief assessments and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach. *Public Health Rev.* 2018;39:8.
14. Roongnapa Intaruk, Jittima Saengsuwan, Sugalya Amatachaya, Chitanongk Gaogasigam, Thiwabhorn Thaweewannakij. The ability of timed-up and go test and



- five times sit-to-stand test to screen risk of fall in well-functioning elderly Naresuan Phayao J. 2020;14(1):54-63.
15. Pengsorn N, Muangpaisan W, Assantachai P, Chalerm Sri C. Comparison of Nutritional Status Screening by the Mini Nutritional Assessment (MNA®) and the Nutrition Alert Form (NAF) in Elderly Patients Setting at a Geriatric Clinic, Siriraj Hospital. J Med Assoc Thai 2018;101(7):869-74.
16. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(3):300-307.e2.
17. Muangpaisan W. Assessment and diagnosis of people with cognitive impairment and dementia in clinical practice. In: Weerasak M, Editor. Gerontology and geriatrics for primary care practice. Bangkok: parbpim; 2017: 159-178. (in Thai).
18. Kim KJ, Lee SB, Kim CO. How to Assess Frailty: Role of Comprehensive Geriatric Assessment. J Korean Med Sci. 2020;35(3):e34.



บทความวิจัย

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

กัมพล อินทรทะกุล* สุรีพร ธนศิลป์** และ ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรราช เขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร

10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

รูปแบบการวิจัย: วิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

วิธีดำเนินการวิจัย: คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ van Manen (1990) ข้อมูลอิมิตัวจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 13 ราย

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และ 2) ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ และส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบายไม่ทุกข์ทรมาน 2) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และ 3) การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล

สรุป: ผลการวิจัยนี้เข้ามาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านได้

คำสำคัญ: ประสบการณ์การดูแล/ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน/ ผู้ดูแลในครอบครัว

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

E-mail: pinhatai.s@chula.ac.th



Experiences Of Caring For Patients With Advanced Cancer At Home Of Family Caregivers

Kampon Introntakun* Sureeporn Thanasilp** Pinhatai Supametaporn***

Abstract

Purpose: To study the experiences of caring for patients with advanced cancer at home of family caregivers.

Design: The phenomenological research methodology was employed based on the concept of Heidegger.

Methods: The selected according to purposive sampling. The key informants were primary caregivers caring for patients diagnosed by a doctor as had advanced cancer. Data were collected using interview guidelines with in-depth interview. Data were analyzed by using Van Manen (1990) 's method and audio recording and until saturated data with the 13 informants

Results: The results of the research revealed two parts consisting of part 1 the meaning of illness of advanced cancer were categorized into 2 main-themes : 1) Short life of patient 2) Expecting that the cancer may be cured by the treatment and part 2 the experiences of caring for patients with advanced cancer at home of family caregivers were categorized into 3 main-themes : 1) Caring for increasing of happiness and reducing of agony 2) Getting the encouragements and supports 3) Learning and adjusting of caregiver by caring experiences

Conclusion: The findings serve as basic information for health care team which encouraged a potential caring of family caregivers to have ability to take care the advanced cancer patient at home.

Keywords: care experience/ advanced cancer patients at home/ family caregivers



บทนำ

มะเร็งนับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.1 ล้านราย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 609,360 ราย⁽¹⁾ ประเทศไทย สถิติพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่วันละ 336 ราย หรือ 122,757 รายต่อปี ผู้เสียชีวิตวันละ 221 ราย หรือคิดเป็น 80,665 รายต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต⁽²⁾ ส่วนใหญ่พบว่าเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมักจะทราบว่ามีมะเร็งนั้นได้มีการลุกลามไปมากแล้ว ซึ่งมะเร็งระยะลุกลามจะมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับโรคมะเร็งไปตลอดชีวิต⁽³⁾ การกระจายตัวของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ ทำให้ร่างกายพร่องความสมดุลส่งผลให้ ด้านร่างกาย มีอาการปวดที่สร้างความทุกข์ทรมานทำให้มีการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และน้ำหนักลด ด้านจิตใจ มักพบความกังวล ความกลัว และกลุ้มใจ ด้านจิตวิญญาณ เกิดความฟุ้งซ่าน ขาดสติ จนขาดสิ่งยึดเหนี่ยวไป ด้านสังคม ไม่กล้าที่จะเข้าสังคม เก็บตัว กลัวว่าตนจะไม่ใช่ที่ต้องการของสังคม ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างคนในครอบครัวมีปัญหา⁽⁴⁾ และหากอาการทวิความรุนแรงมากขึ้นก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง หรืออยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น มีความจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้ามารับบทบาทหน้าที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่ออยู่ที่บ้าน⁽³⁾ เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการกลับมาดูแลต่อเนื่องอาจเพราะบ้านเป็นบริบทความคุ้นชินที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปลอดภัยและความอบอุ่น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ดูแลในครอบครัว พยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว โดยการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ หากผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการดูแล

ผู้ป่วยที่บ้านอย่างเพียงพอและเหมาะสมก็จะทำให้เกิดความยากลำบากขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อน มักพบปัญหาผู้ดูแลในครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอเพราะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องอาศัยทั้งความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด⁽⁶⁾ ส่วนใหญ่พบปัญหาการขาดทักษะ และความรู้สำหรับการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดอย่างถูกวิธี จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนในด้านความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ และการช่วยเหลือดูแลจิตใจซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านและด้วยภาระงานที่มากเกินไปย่อมส่งผลต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งอาจนำมาสู่ปัญหาการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพที่ไม่ดี ส่งผลให้การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวพร่องประสิทธิภาพอาจทำให้ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเป็นองค์รวม^(7,8) ดังนั้น การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านนั้นไม่เพียงเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องการการแก้ไข ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาประเด็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว และเนื่องด้วยการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบการศึกษาค่อนข้างจำกัดซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะนำไปวางแผนจัดการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเติมเต็มช่องว่างของความรู้ด้วยการเข้าไปศึกษาในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและได้ข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้เป็นอย่างดี



วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger (1962) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกสะท้อนความเป็นจริงที่ผู้ดูแลในครอบครัวประสบขณะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นการค้นหาความจริงของชีวิตมนุษย์จากผู้มีประสบการณ์ตรง ผ่านการบอกเล่าเรื่องราวจากประสบการณ์ชีวิตที่แท้จริงของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการบอกเล่าประสบการณ์ชีวิตนั้น ถือว่าเป็นการถ่ายทอดความรู้ จึงใช้การตีความร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยซึ่งมีความรู้และความเข้าใจในระดับหนึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ยึดการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบในการควบคุมการวิจัย เพียงแต่นำมาใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) ที่นำไปสู่การเตรียมเนื้อหาสาระสำหรับตัวผู้วิจัย และนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลในครอบครัว ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม คัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง 2) ถูกระบุจากผู้ป่วยว่าเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและใช้เวลาสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในระหว่างเจ็บป่วยที่บ้านตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล 4) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยได้ 5) มีความสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำไปสัมภาษณ์กับผู้ดูแล

ในครอบครัว จำนวน 3 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้ให้ข้อมูล และนำมาตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถาม นำร่องร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำมาปรับใช้กับผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป ข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เช่น เริ่มดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เมื่อไร ช่วยเล่าประสบการณ์ของคุณในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่าเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไรบ้างที่ได้ดูแล เป็นต้น

3) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกข้อมูลที่ไม่สามารถเก็บได้ด้วยการบันทึกเสียง เช่น บรรยากาศ สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น

4) เครื่องบันทึกเสียงแบบ Digital record เช่น Mobile phone และ iPad เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เลขที่ COA 114/2565 มีมติรับรองโครงการวิจัยวันที่ 13 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา มีการปกปิดข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลที่ได้มาจากการวิจัยจะถูกทำลายทันทีเมื่อรายงานผลการวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยลงพื้นที่ที่ศึกษาเพื่อชี้แจงรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเลือกแก่พยาบาลประจำการ (Gate keeper) ซึ่งเป็นผู้ที่มีสัมพันธ์ทางอดีตกับผู้ให้ข้อมูลและทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี ช่วยในการคัดเลือกและประสานผู้ให้ข้อมูลให้กับผู้วิจัย



3) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูล แนะนำตนเอง และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ บอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือ หากผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกที่ห้องให้คำปรึกษา และทำการนัดหมายครั้งถัดไปหากข้อมูลไม่หมดตัวด้วยการโทรศัพท์เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเนื่องจากเป็นช่วงที่มีการแพร่ของโควิด 19 และได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลไปสัมภาษณ์ที่บ้านด้วยเพราะจะช่วยให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในบริบทของข้อมูลมากขึ้น

5) เก็บข้อมูลจนกระทั่งไม่มีข้อมูลอื่นเพิ่มเติมหรือข้อมูลอิ่มตัว โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 ราย เวลาในการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 29 ถึง 75 นาที สัมภาษณ์ทั้งหมด 29 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ตามแนวทางของ van Manen (1990) มาประยุกต์ใช้ 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสะท้อนเพื่อนำไปสู่ประเด็นสำคัญที่บ่งบอกถึงลักษณะของปรากฏการณ์ การให้ความหมายหรือแก่นแท้ของประสบการณ์เมื่อถอดเทปแล้ว ผู้วิจัยหาความหมายของข้อความแต่ละส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์รวมถึงแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่ บทสัมภาษณ์ถอดเทป การสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม โดยที่ผู้วิจัยอ่านทวนข้อมูลที่ได้กลับไปกลับมาหลายครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจ แยกย่อยข้อมูล เปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบรรทัดต่อบรรทัด วลีต่อวลี และคำต่อคำ แล้วจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ประเด็นหลักและประเด็นย่อย ขั้นตอนที่ 2 การเขียนบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษาออกมาผ่านศิลปะการเขียนและการทบทวนการเขียน เป็นลักษณะการเขียนในการนำเสนอมุมมองของประสบการณ์ชีวิตนั้น ๆ ตามที่เป็นจริง สะท้อนปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวให้มากที่สุด

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามเกณฑ์ของ Guba และ Lincoln(1989) ดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยนำข้อความที่ได้จากการถอดเทปและข้อสรุปเบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเนื้อหาจำนวน 5 ราย และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณทางการพยาบาลตรวจสอบ

2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง และมีได้มีจุดมุ่งหมายที่จะถ่ายโอนข้อมูลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น หากแต่จะมุ่งนำเสนอข้อมูลที่มีความลุ่มลึกละเอียดและครบถ้วนให้มากที่สุด

3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบมีการเชื่อมโยงจากแหล่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต ร่วมกับการจดบันทึกภาคสนามในระหว่างการสัมภาษณ์

4) ความสามารถในการยืนยันผล (Confirmability) บันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ไว้อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้ และผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนองานวิจัย

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 ราย มีอายุระหว่าง 26-70 ปี เพศชาย 9 ราย เพศหญิง 4 ราย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สามีภรรยา 7 ราย เป็นบุตรของผู้ป่วย 4 ราย เป็นมารดาของผู้ป่วย 1 ราย และเป็นญาติที่มีความสัมพันธ์เป็น อา 1 ราย ส่วนใหญ่ระดับการศึกษามัธยมศึกษา 3 จำนวน 5 ราย มัธยมศึกษา 6 จำนวน 3 ราย ปวส. จำนวน 1 ราย ปริญญาตรี จำนวน 3 ราย และปริญญาโทจำนวน 1 ราย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 15,000-30,000 บาท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 3 ถึง 60 เดือน

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม และส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว รายละเอียดต่อไปนี้



ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลทราบจากอาการและสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น อ่อนเพลียมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การตอบสนองลดลง เป็นต้น และการรักษาไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อหายจากโรคดังคำสัมภาษณ์

“มันคงใกล้แล้ว (เสียชีวิต) ก็คงเร็ว ๆ นี้ ก็เวลาที่เหลือก็ให้เขามีความสุขที่สุดแล้วละ” (ID10)

“เราแค่คิดว่าเขาคงอยู่กับเราไม่นาน คำว่ามะเร็งอะ เราไม่รู้หรอกว่าจะอยู่ได้นานขนาดไหน ถ้าเราไม่ดูแลตอนนี้จะดูแลเมื่อไหร่” (ID5)

ประเด็นที่ 2 ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ ผู้ให้ข้อมูลมีความหวังกับการรักษาว่าอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค จึงดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลอย่างเคร่งครัด พาผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง ดังคำสัมภาษณ์

“ฟีกี่หวังลึก ๆ ตลอดอ่าเนาะแต่ฟีกี่ไม่รู้วามันจะเป็นจริงหรือเปล่า ฟีกี่ขอให้มันเป็นจริงว่าให้ท่านหาย”(ID6)

“เราก็บอกว่าอย่าคิดมากเป็นก็หายได้ ถ้าเราดูแลรักษาดูแลอยู่ในกฎในเกณฑ์ของหมอบอกให้ทำไรก็ทำอย่างนี้ให้กินอะไรก็กิน” (ID13)

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบายไม่ทุกข์ทรมาน เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย หลังจากได้รับการรักษาซึ่งมักมีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเคมีบำบัดจะทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย กลืนลำบาก รู้สึกปวดจากแผล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับรังสีรักษาซึ่งทำให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีบอบบาง เกิดแผลได้ง่าย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังกล่าวได้สร้างความ

ทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลจึงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการส่งเสริมความสุขสบาย และลดความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย 6 ประเด็นย่อย คือ

1.1) การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย ความเจ็บป่วยและการรักษาย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงจึงให้การดูแลตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์ “เขาป่วยบางวัน บางวันก็ตีบางวันก็เพลียหรืออ่อนแรงมาก ๆ เราก็จะช่วยเขาอาบน้ำ แล้วปากก็จะไปฟอกสบู่ช่วงล่างลงไปแล้วก็จะล้างให้เขาก็ดูแลให้” (ID2)

1.2) การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผู้ป่วยมะเร็งที่ดูแลมีสุขภาพร่างกายเปราะบาง มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน ร่วมกับการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ร่างกายผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นจึงมีความจำเป็นต้องได้รับอาหารที่ดีมีคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยทานอาหารได้มากขึ้น และอาหารที่ทานต้องเป็นอาหารที่ดีมีประโยชน์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ประกอบด้วย 3 มิติในการดูแล ดังนี้

1.2.1) การดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์ เนื่องจากการได้รับอาหาร ที่มีประโยชน์จะช่วยบำรุงและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้มีแรงสู้กับโรคและการรักษา ผู้ให้ข้อมูลมักดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ดีมีประโยชน์ ดังคำสัมภาษณ์

“เราต้องระวังพวกอาหารไม่ให้ค้างคื่น อาหารสดกินเลยไม่ค้างคื่น เลือกที่มีประโยชน์อย่างปลาอบปลาหนึ่ง ผักสุก” (ID4)

1.2.2) การดูแลให้ทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง การรักษาของผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ในการดูแลเรื่องอาหารจึงปรับให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ดังคำสัมภาษณ์



“ช่วงให้คีโมกินเผ็ดไม่ได้เลยเพราะว่าปากมัน แสบมันร้อนข้างใน มันก็จะเป็นแผลก็เลยไม่ได้ให้เขากิน เผ็ดเลย” (ID1)

1.2.3) การดูแลให้ทานอาหารที่ชอบ ที่พึงพอใจ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผู้ป่วยอยู่ได้อีกไม่นานใน เวลาที่เหลืออยู่ดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข ได้จัดอาหารให้ ผู้ป่วยทานตามความชอบถึงจะเป็นของแสลงก็ไม่ห้าม เพราะการได้ทานอาหารที่ชอบเป็นความสุขของผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์

“แกอยากกินอะไร กินผลไม้อะไรเป็นพิเศษก็ จะออกไปซื้อเอาที่อยากกินก็จะซื้อให้กิน” (ID8)

“บางตัวก็เหมือนของแสลง แต่ถ้าเขาอยากกิน ที่ก็จะให้เขากิน...เขาชอบกินเป็ชีก็ให้กินเพราะกินแล้วเขา สบายใจ เขามีความสุข” (ID1)

1.3) การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อ ส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย การดูแล ความสะอาดผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด ความสุขสบายและความปลอดภัย ดังคำสัมภาษณ์

“เข้าห้องน้ำ ก่อนเข้าต้องคว่ำลิ้นใหม่ ต้องเอา ผ้าเช็ดให้สะอาด บางทีเราไม่เช็ดห้องน้ำไม่สะอาดมันจะ ลื่นเขาล้มได้” (ID4)

“เปลี่ยนผ้าปูเ็นเปลี่ยนทุกวันเลย เน้นความ สะอาดเพราะกลัวแผลเขาจะติดเชื้อ” (ID1)

1.4) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของ ผู้ป่วย ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นย่อมส่งผลต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้มีอาการซึมเศร้า ซึมเศร้า หงุดหงิดง่ายขึ้น เกิดความเครียดจากการคิดมากและขาด กำลังใจในการสู้กับโรคและการมารับรักษา ประกอบด้วย 3 มิติของการดูแล ดังนี้

1.4.1) กำลังใจและความปลอดภัย จากคนรอบข้าง การลูกกลามของโรคมะเร็งย่อมทำให้ ผู้ป่วยทุกข์ทรมานส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ผู้ให้ ข้อมูลดูแลโดยการอยู่เคียงข้างคอยปลอบโยนและให้ กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยอดทนสู้ ดังคำสัมภาษณ์

“เราก็บอกให้เขาสู้ เขาชอบบ่นว่าเขาไม่ไหว แล้วเขาไม่อยากอยู่แล้ว เราหยาแ ก่ต้องสู้ละ” (ID3)

“เขาก็ท้อถอย เราก็บอกทุกคนที่ต้องสู้ให้กำลังใจเขาและบอกให้เขาดูคนอื่นที่แย่กว่าเรา” (ID13)

1.4.2) การดูแลให้สบายใจช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยมักมีความเครียดในตัวที่เกิด จากความเจ็บป่วยอันทุกข์ทรมาน ทั้งนี้ความเครียดจะส่ง ผลต่อการดำเนินของโรคให้มีการลุกลามรวดเร็วขึ้น ทำให้ ผู้ให้ข้อมูลหากวิธีในการจัดการความเครียดด้วยการ ดูแลให้ผู้ป่วยสบายใจ ดังคำสัมภาษณ์

“แกก็เล่นกับลูกหลานก็ไม่เครียดเพราะว่าลูก หลานก็พูดแหย่พูดตลก...มันทำให้แกสบายใจด้วยแกก็จะ ไม่เครียดใจ” (ID11)

“เวลาเราอยู่บ้านเราก็จะพาท่านเดินเที่ยวดู ต้นไม้ท่านจะสบายใจ ไม่เครียด” (ID6)

1.4.3) ยอมรับการแสดงอารมณ์ของ ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หลากหลายและแปรปรวนได้ ง่าย มักแสดงอารมณ์เหวี่ยง หงุดหงิด โมโห หรือบ่นตำหนิ ผู้ให้ข้อมูล หลายครั้งที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกโกรธและโมโหแต่ก็ ทำอะไรไม่ได้ ต้องอดทนและนิ่งอย่างเดียวเนื่องจากการ ได้ตอบด้วยอารมณ์ไม่ได้ทำให้อะไรดีขึ้น ดังคำสัมภาษณ์

“เขาอาละวาดใส่เรา เราก็มองแต่เป็นแค่ช่วง อึดใจเดียวคะมันก็หายเพราะว่าเขาป่วย พอเราเข้าใจเจ็ย เราก็อะไรละ” (ID2)

“ก็มันต้องยอมนิ่งนะเพราะถ้าไม่ต้องการให้เขา ไวยวาย ...บางครั้งก็โกรธเขาเนาะแต่มันก็ต้องนิ่ง ทำอะไร ไม่ได้เพราะไม่เกิดประโยชน์” (ID10)

1.5) การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา ผู้ป่วย มักมีความบอบช้ำภายในจิตใจส่งผลให้มีความฟุ้งซ่าน ผุดลุกผุดนั่งนอนไม่ได้ทรมาน ผู้ให้ข้อมูลเกิดความ สงสารได้ให้การดูแลตามความเชื่อทางศาสนาด้วยการนำ ธรรมะเข้าสู่จิตใจเพื่อหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่ สงบขึ้น ดังคำสัมภาษณ์

“เขาทรมานมากที่ก็บอกให้เขาใจเย็น ๆ นะลูก ถ้านอนไม่ได้ก็สวดมนต์และทำจิตใจให้ปล่อยางนะ” (ID1)

“แกบอกไปทำบุญแล้วแกสบายใจ แกปล่อย างนะ แกไม่ได้สนใจว่าชีวิตแจะไปได้ถึงไหน แกปล่อย างตัวแกละ” (ID8)



1.6) การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย
ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักพบว่ามีความกลัวตายเพราะยัง
ทำใจไม่ได้หากต้องตายซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งราย
ใหม่ทั้งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยมักมีความกลัวภายในจิตใจ
กลัวตายเพราะว่ายังยอมรับความตายไม่ได้ กลัวตาย
เพราะลูกยังเล็กใครจะช่วยดูแลลูก ในรายที่รุนแรงมักมี
อาการสั่นและรุนแรงถึงขั้นสติหลุด ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตน
ได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการชวนพูดคุย พยายามไม่ให้ผู้ป่วย
อยู่คนเดียว ดังคำสัมภาษณ์

“เขากลัวตายเพราะว่าเขายังยอมรับความตาย
ไม่ได้ ยิ่งเขามาตาบอดแบบนี้เหมือนมันยิ่งไปซ้ำเติมเขา...
เขาจะมีอาการโดยเฉพาะตอนที่เขาอยู่คนเดียว เขาจะ
กลัว(กลัวตาย) แบบ ๆ กลัวมาก ๆ อะ ...เขานั่งสั่น เหมือน
บางทีกลัวจนสติหลุด...เราพยายามไม่ให้เขาอยู่คนเดียว
เขาอยู่คนเดียวไม่ได้เพราะเขากลัว” (ID12)

“ถ้าสัก ๆ แม่แก่ก็ยังไม่อยากตายเร็ว ๆ นี่ แก
ยังอยากอยู่ต่อเห็นลูกหลานโตแล้วแกมาป่วยเป็นแบบนี้
เท่าที่พี่รู้นะแกก็กลัวตาย ถ้าตายไปแล้วจะไม่ได้เจอหน้า
หลานอีกมันทำให้เขายังกลัวอยู่กลัววันที่เขาจะตาย”
(ID11)

ประเด็นที่ 2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน
เป็นการหาแหล่งประโยชน์ขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งได้รับ
การสนับสนุนจากคนในครอบครัว จากบุคลากรทาง
สุขภาพและชุมชน การได้รับความช่วยเหลือเหล่านั้นนับ
เป็นปัจจัยสนับสนุนให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้
ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

**2.1) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก
ครอบครัว** ช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เพราะการดูแล
ผู้ป่วยนั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถออกไปทำงานเพื่อ
หารายได้อย่างเต็มที่และหากผู้ให้ข้อมูลต้องรับผิดชอบ
ดูแลเพียงลำพังอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกเหนื่อย
จนเกินไป ประกอบด้วย 2 มิติของความช่วยเหลือ ดังนี้

2.1.1) การแบ่งเบาภาระเรื่องเงิน
ได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเนื่องจากผู้ให้
ข้อมูลมีรายได้ไม่เพียงพอ มีภาระ และสูงอายุไม่ได้
ประกอบอาชีพ ดังคำสัมภาษณ์

“นั่งแท็กซี่ไปกลับก็สัรร้อยกว่าบาท บางทีไป
กลับเกือบห้าร้อยอ่า ก็มาถี่เลยละช่วงนี้ก็ทำอย่างไรงี้ได้ ก็
มาตามหมอนัด ...พวกค่ารักษา ผ่าตัด ลูกเขาคนโตออก
ให้ทั้งหมด ลุงไม่ได้ทำงานแล้ว ลูกเขาก็จะส่งเงินให้ใช้ซื้อ
อะไรกิน” (ID10)

2.1.2) การผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล
คนในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลเนื่องจากเป็นหน้าที่ร่วม
กันของคนในครอบครัว ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้พักผ่อนและ
มีเวลาส่วนตัว ดังคำสัมภาษณ์

“พอวันหยุดของลูกจะมาดูแลแทนเรา เราถึง
จะมีเวลาส่วนตัวบ้าง...ก็สลับกันบ้าง ลูกดูที่ผมก็ดูที่ ช่วย
กันดูเพราะมันเหนื่อย หมุนเวียนกันดู ใครมีธุระก็ไป
เปลี่ยนกันดู ...” (ID4)

**2.2) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก
ระบบสุขภาพ** การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ต้องใช้ทั้งความ
รู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นจะช่วยให้สามารถดูแล
ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้รับความ
ช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพในด้านข้อมูลความ
รู้จากแพทย์ พยาบาลที่ให้คำแนะนำ ฝึกทักษะที่จำเป็น
ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ดังคำสัมภาษณ์

“หมอพยาบาลแนะนำให้ทำจี้ ๆ ก็ได้คู่มือมา
แหละได้วันที่ให้คีโม ได้รับคำแนะนำว่าดูแลคนไข้ตาม
อาการต่างๆ พวกอาการแพ้ อาการคลื่นไส้ เขาจะถาม
ทุกครั้งทีไปให้ คีโมว่ามีอาการแพ้ คลื่นไส้อาเจียนไหม
ก็ดูแลตามที่พยาบาลแนะนำ” (ID1)

**2.3) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก
ระบบสุขภาพชุมชน** ผู้ให้ข้อมูลได้รับสิ่งของและการมา
ตรวจเยี่ยมจากอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
จิตอาสาในชุมชนได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการได้รับ
ของแจกมี นม ถู่มือ ข้าวสาร เป็นต้น และยังได้รับการ
การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน เป็นความช่วยเหลือที่เกิด
ขึ้นภายในชุมชน ดังคำสัมภาษณ์

“ออส. เนี่ยนะเขาจะมาเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ตาม
บ้าน เป็นการดูแลของคนในชุมชน ผู้ดูแลนะเขาจะคอย
ประสานกับ ออส. คอยรายงานว่าคนไข้เป็นอย่างไรบ้าง
ต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง บางทีก็มีนมมาแจกฟรี



ก็เอามาแจกคนในชุมชนก็ช่วยกันดูแลคนป่วยตามบ้าน”(ID3)

ประเด็นที่ 3 การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากที่สุด ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดในช่วงแรกของการรับบทบาทหน้าที่เนื่องจากความไม่พร้อมและไม่รู้วิธีในการดูแลผู้ป่วยแต่เมื่อผ่านไปสักระยะเกิดการเรียนรู้และปรับตัวได้ จะเกิดความรู้สึกดีใจ ภูมิใจตามมาประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

3.1) เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล ช่วงแรกของการรับบทบาทของการดูแลนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องมีการปรับตัว ต้องเรียนรู้วิธีที่จะให้การดูแลเพราะมีหลายสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามีการดูแลมากขึ้นกว่าตอนที่ยังไม่ป่วย บางอย่างไม่รู้วิธีในการดูแล จึงทำให้ร้องไห้เครียด ดังคำสัมภาษณ์

“คืนวันที่แรกเลยนะคะวันแรกที่ดูแลเนี่ยค่ะเรารู้สึกเครียดมากเรายังไม่ได้อะไรยังทำใจไม่ได้แต่เมื่อเราปรับตัวได้เราต้องเจอสถานการณ์แบบนี้เราก็ลองผิดลองถูกของเรา พอไปโรงพยาบาลก็ได้พยาบาลเขาบอกเขาสอนก็เอาตรงนั้นมาด้วย มันก็ดีขึ้น”(ID1)

3.2) เหนื่อยจากความรับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้น ส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ดังคำสัมภาษณ์

“เหนื่อยเพราะทำงานหลายงานต้องบริหารจัดการงานหลายอย่าง”(ID6)

“เหนื่อยไม่ค่อยได้นอน คือเราอยู่กันสองคนไม่ค่อยได้มีใครเปลี่ยนเรา”(ID1)

3.3) ภูมิใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนพระคุณ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ได้ดูแลผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์

“ดีใจที่ได้ดูแลเขาตอนป่วยเพราะว่าตอนลำบากก็พึ่งเขาไม่ได้อยู่แล้ว”(ID13)

“ภูมิใจดี รู้สึกดีมากเลย แบบผมไม่เคยดูแลใครไง รู้สึกดี รู้สึกดีมาก ๆ เลย”(ID8)

“ไม่มียายเราคงไม่มีวันนี้ละเขาทำให้เราเกิดมาให้ชีวิตเรา เราได้ทำหน้าที่ตอบแทนเขานั้นแหละ ประเสริฐที่สุดของมนุษย์แล้ว”(ID5)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยอภิปรายตามประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลามว่า ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น มีอาการอ่อนเพลียมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เป็นต้น และการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ว่ามะเร็งมีการกระจายตัวไปยังอวัยวะอื่นๆ การรักษาไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อการหาย ซึ่งคล้ายกับ สมพงษ์ พะมุลิลา และคณะ⁽⁹⁾ กล่าวว่า เป็นโรคที่รอความตาย บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้นักจะรอความตาย รักษาอย่างไรก็ไม่หาย

ประเด็นที่ 2 ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความคาดหวังต่อการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยยังพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง หรือเป็นผู้ป่วยที่พึ่งได้รับการวินิจฉัยซึ่งเป็นเหตุผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงดูแลด้วยการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด มีความสอดคล้องกับ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ ที่กล่าวว่า การพาผู้ป่วยมาได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษานั้นเนื่องจากผู้ดูแลมีความหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกขุทรมาน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีการดูแลในเรื่องของ



สุขภาพกายผู้ป่วยให้สะอาดสอดคล้องกับสภาพร่างกาย เพราะว่าผู้ป่วยมักมีอ่อนเพลียช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ดูแลช่วยเหลือบนเตียงหากพอมิแรงดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองเพราะผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขาเองไม่มีคุณค่า⁽⁷⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์ตามความต้องการของผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับ ทิพย์วรรณ อรัญตร และคณะ กล่าวว่า การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์จะช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวได้เร็วหลังผู้ป่วยได้รับการรักษา และช่วยลดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากอาหารที่มีประโยชน์นั้นมีสารอาหารที่ให้พลังงานและมีสารอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย⁽¹⁰⁻¹²⁾ การดูแลความสะอาดบ้านเป็นการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสบายและมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อและอุบัติเหตุ มีความสอดคล้องกับ Martín et al ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เอื้อต่อการพักผ่อนและจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ส่วนการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์นั้น มักพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ มีการโมโหง่าย ใช้อภัยคำไม่สุภาพต่อหาผู้ดูแลในครอบครัว บางครั้งผู้ดูแลในครอบครัวมีโกรธบ้างแต่ก็ใช้ความเข้าใจและยอมรับว่าผู้ป่วยเขากำลังเจ็บป่วยอยู่ จึงนิ่ง ไม่ตอบโต้ผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับ วรภูมิ นิเจริญ กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวควรใช้ความเข้าใจและใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดคิดมากส่งผลให้จิตใจของผู้ป่วยขาดสมดุลไป ดูแลให้ผู้ป่วยสบายใจ เช่น การชวนพูดคุย ดูโทรทัศน์ พาไปทานข้าวนอกบ้าน เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจและคลายความเครียด รวมถึงการให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยขาดกำลังใจและท้อแท้^(13,14) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความฟุ้งซ่าน จิตใจไม่สงบ จนกลายเป็นความกลัวตายขึ้น การดูแลนั้นไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง ต้องคอยอยู่เคียงข้างและพูดคุยจะช่วยให้ความกลัวนั้นเบาบางลงและมีการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาด้วย

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบขึ้น^(15, 16) ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับการเตรียมพร้อมในเรื่องของความรู้และ ทักษะที่จำเป็นจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นของผู้ดูแลในครอบครัวช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพได้รับความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากแพทย์พยาบาล การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องของเงินเพราะผู้ดูแลในครอบครัวบางรายสูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บางรายรายได้ไม่เพียงพอเนื่องจากการดูแลนั้นย่อมมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแล จึงควรได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว มีความสอดคล้องกับ Wiseso et al กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ การร่วมกันดูแล ผลัดเปลี่ยนหน้าที่ในการดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้พักผ่อน มีเวลาส่วนตัวและไม่รู้สึกท้อเหนื่อยเกินไป มีความสอดคล้องกับ Wannapornsiri ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งไม่สามารถดูแลเพียงลำพังได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนการดูแลทั้งนี้เพราะจะส่งผลต่อคุณภาพของการดูแล ไม่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเหนื่อยเกินไป และการได้รับความช่วยเหลือจากระบบสุขภาพชุมชนในเรื่องสิ่งของและบริการทางสุขภาพที่จิตอาสาในชุมชนให้ความช่วยเหลือมาเยี่ยมบ้าน นานม หน้ากากอนามัย มาแจก⁽¹⁷⁾ ดังนั้น ควรมีการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลเพราะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้เป็นอย่างดี

ประเด็นที่ 3 การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้น ในช่วงแรกของการดูแลย่อมเกิดความเครียดจากความไม่รู้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงต้องมีการปรับตัว เรียนรู้วิธีการดูแลในด้านความรู้และทักษะให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจะช่วยให้ผู้ดูแลใน



ครอบครัวเกิดปรับตัวได้และมีความเครียดลดลง⁽¹⁸⁾ และในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวมีความใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่หลากหลาย ทำให้บางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอจึงมีความเหนื่อยเกิดขึ้นได้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชชัย เชื้อนสมบัติ ที่กล่าวว่า ความเหนื่อยจากการดูแลผู้ป่วยนั้นเกิดจากความรับผิดชอบที่หลากหลาย ทำให้เวลาในการพักผ่อนมีไม่เพียงพอ และเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีการปรับตัวจนสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีก็จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความภาคภูมิใจ ดีใจที่เห็นผู้ป่วยมีอาการดี และยังถือว่าการดูแลนั้นเป็นโอกาสในการตอบแทนพระคุณ ดังนั้นในการรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวที่ดี เพราะจะช่วยลดความเครียดและเมื่อปรับตัวได้จะเกิดความรู้สึกละอายใจของการเป็นผู้ดูแล ซึ่งช่วยให้สามารถคงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลต่อไปได้

สรุป การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะลุกลามที่บ้านนั้นมีความซับซ้อนและในผู้ป่วยแต่ละรายมีการดูแลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยผู้ดูแลในครอบครัวมีการดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังต้องอาศัยปัจจัยจากแรงสนับสนุนทางสังคมให้เข้ามา มีบทบาทร่วมดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแลแบบต่อเนื่องเกือบตลอด 24 ชั่วโมง มักส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหน็ดเหนื่อยได้ แต่ในทางกลับกันหากปรับตัวได้แล้วผู้ดูแลในครอบครัวจะเกิดความภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแลเพราะถือว่าเป็นโอกาสดีที่ได้ตอบแทนผู้มีพระคุณ **ข้อจำกัด** การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงและอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นจึงไม่สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรได้ เพียงแต่สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อค้นพบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแล โดยนำข้อค้นพบที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว เรื่องของความรู้และทักษะการดูแล ด้วยการวางแผนการจำหน่าย การให้คำแนะนำ วิธีการดูแล และเสริมทักษะสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

References

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. CA Cancer J Clin. 2022;72(1):7-33.
2. National Cancer Institute medical department Ministry of Public Health. level cancer registry Hospital 2019.Bangkok: New Plain Printing Co., Ltd.; 2019 (In Thai)
3. Kosolnakorn P. Factors associated with preferences for place of terminal care and death among cancer patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J 2016 May – Jun;60(3): 355 – 64 (In Thai)
4. Kanchanajari O, Sirapho-ngam Y, Mankong S. Roles and needs of caregivers of terminally ill patients in palliative care facilities. Rama Nurs J. 2017;23(3):328-43. (In Thai)
5. Sirapo-ngam Y. Relative caregivers at home : concepts and research problems. Rama Nurs J .1996;2(1):84-94. (In Thai)
6. Hassankhani H, Rahmani A, Best A, Taleghani F, Sanaat Z, Dehghannezhad J. Barriers to home-based palliative care in people with cancer: A qualitative study of the perspective of caregivers. Open Nur J. 2020;7(4):1260-8.



7. Thanasilp S. Caring for terminally ill cancer patients at home. In holistic care of terminally ill cancer patients. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020 (In Thai)
8. Cal A, Zengin S, Avci IA. Needs of Patients with Prostate Cancer for Home Care. APJON. 2018;5(4):408-14.
9. Doumit MA, Huijer HA, Kelley JH, Nassar N. The lived experience of Lebanese family caregivers of cancer patients. Ca Nur J. 2008;31(4):E36-42.
10. Arundon T, Ruangdam A, Ruangajorn P, Pruphetkaew N, Sunpaweravong P. Nutritional Status, Beliefs, and Meat-Consumption Behaviors Among Cancer Patients. CA J. 2017;37(4):127-44. (In Thai)
11. Subongkot S, Krongkaew W, Udomphon N, Loisaratrakul N, Phanna P. Guidelines for standard work on chemotherapy and post-treatment patient care. Bangkok: Company New Plain Printing (Thailand) Co., Ltd.; 2017.
12. Mankong S, Sirapho-ngam Y, Watanyu S. Roles of Relatives Caregivers of Palliative Care Patients: A Qualitative Preliminary Study. Nurs Sci J. 2016;31(4):104-21. (In Thai)
13. Kusi G, Boamah Mensah AB, Boamah Mensah K, Dzomeku VM, Apiribu F, Duodu PA. Caregiving motivations and experiences among family caregivers of patients living with advanced breast cancer in Ghana. PLoS One. 2020;15(3):e0229683.
14. Leow MQ, Chan SW. The Challenges, Emotions, Coping, and Gains of Family Caregivers Caring for Patients With Advanced Cancer in Singapore: A Qualitative Study. Car Nur J. 2017;40(1):22-30.
15. Phra Paisan Visalo. A letter expressing the intention of helping terminally ill patients with a Buddhist method. 2nd edition. Bangkok: Amy Nation Co., Ltd.; 2009. (In Thai)
16. Bergqvist J, Strang P. The will to live - breast cancer patients' perceptions of palliative chemotherapy. Acta Oncol. 2017;56(9):1168-74.
17. Maneechamnong S, Santayakorn J, Wannapornsiri C. Holistic care experience of caregivers of end-of-life cancer patients. NUJST 2009;3(2):105-16. (In Thai)
18. Yongpattanjit S, Munkong S, Sutthi N. Stress from caring for terminally ill patients and coping with stress among caregivers in wards in palliative care. Nurs Sci J 2020;35(2):116-31. (In Thai)



บทความวิจัย

กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ณัฐพรรณ จรตล* วิวัฒน์ เหล่าชัย** และเสาวลักษณ์ คุณทวี*

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม 73210*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: ศึกษาเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 80 ราย ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก โดยการสุ่มแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ ผลลัพธ์การจัดการความปวด และกระบวนการจัดการความปวด เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0, .85 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติ One sample t-test

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวด (ค่าคะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน) หลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางกระดูกที่มีคะแนนความปวดมากที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวด อย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p = .244$) และระยะเวลา 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดอยู่ในระดับเกณฑ์ควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $.001$ ตามลำดับ)

สรุป: หลังผ่าตัดทางกระดูกในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีคะแนนความปวดมากกว่า 3 คะแนน เนื่องจากการเป็นารผ่าตัดทางกระดูก ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆดวงตาถูกทำลายจากการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลหรือแพทย์ผู้รักษา ควรมีการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น

คำสำคัญ: ปวด/ การจัดการความปวด/ ผ่าตัดกระดูก/ ผลลัพธ์การจัดการความปวด



Process and Outcomes for Pain Management in Patients after Ophthalmic Surgery in Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing)

Natapun Joraasl*, Wiwat Laochai** and Saowaluck Koonthawee* Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing), Nakhon Pathom Province 73210*

Abstract

Purpose: To study the process and pain management outcomes of patients' ophthalmic surgery 24, 48 and 72 hours after ophthalmic surgery.

Design: Retrospective study

Methods: A 3-year retrospective medical record study from 2019-2021 was conducted in 80 cases in patients' ophthalmic surgery. Using random sampling, collect data by case record form, including personal and health information, pain management outcomes, and pain management processes. This research tool was checked for content validity by three experts. The content validity was 1.0, .85 and .96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and one sample t-test.

Results: Mean pain scores and pain control criteria (Pain score $\leq$ 3 points) after ophthalmic surgery patient with the highest pain score. By one sample t-test, it was found that 24 hours after surgery. Patients had pain scores higher than the pain control criteria. It was not significant ($p = .244$). And 48 and 72 hours after surgery. It was found that patients' pain scores were in the pain control criteria with statistical significance ($p = .001$ and $.001$, respectively).

Conclusion: After ophthalmic surgery within the first 24 hours after surgery the patient had a pain score >3 . Because it is an ophthalmic surgery causing the tissue around the eyes to be destroyed from surgery. Therefore, the nurse or the treating physician Effective pain management should be appropriate for the patient.

Keywords: Pain/ Pain management/ Ophthalmic surgery/ Outcomes for Pain Management



บทนำ

ความปวดเป็นอาการหรือความรู้สึกที่ทำให้เกิดความไม่สบายที่เกิดจากการกระตุ้นประสาทรับความเจ็บปวด อาการปวดหลังผ่าตัด เป็นความปวดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 80 มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง¹ โดยเฉพาะในระยะเวลา 1-3 วันแรก หลังจากเข้ารับการผ่าตัดจะมีความปวดรุนแรง หลังจากนั้นความปวดจะค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลา² นอกจากนี้ในการผ่าตัดจักษุ มีรายงานว่า หลังผ่าตัดจักษุ ในชั่วโมงแรก ผู้ป่วยร้อยละ 34 มีระดับความปวดรุนแรง และหลังจากออกจากโรงพยาบาลความปวดลดลง ที่ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการปวดบริเวณผ่าตัดจักษุ มีคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน¹⁷ ซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ป่วยควรมีระดับความปวดหลังผ่าตัด (Postoperative pain score) ≤ 3 คะแนน หรือในระดับที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายและสามารถทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับระยะเวลาที่ผ่านมาไปหลังผ่าตัดได้²¹

การจัดการความปวดจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลในระยะหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสบาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว ถ้าการจัดการความปวดหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพอาจนำไปสู่ความเจ็บปวดเรื้อรังได้³ เนื่องจากร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการปวด ในระบบต่าง ๆ ดังนี้ ระบบทางเดินหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ลดการขยายตัวของปอด ออกซิเจนในเลือดต่ำ คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ภาวะลมแพบ ปอดอักเสบ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก มีภาวะหัวใจขาดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ เพิ่มการหลั่งฮอร์โมน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง หลอดเลือดหดตัว หัวใจเต้นเร็ว ระบบการย่อยอาหาร ลำไส้เคลื่อนตัวน้อย ทำให้เกิดอาการท้องอืด ระบบทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำงานน้อยลง ทำให้ปัสสาวะไม่ออก ระบบการไหลเวียนเลือด ทำให้เกล็ดเลือดทำงานมากขึ้น ลดกระบวนการละลายลิ่มเลือดและกระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือด

ระบบภูมิคุ้มกัน ลดภูมิคุ้มกันของร่างกาย แผลติดเชื้อด้านจิตใจผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิดง่าย เกิดความเครียด มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า⁴ ส่งผลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย จนอาจส่งผลให้เกิดความไม่พอใจต่อการรักษา

นอกจากความปวดที่เกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัด มีผลเสียดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้ สถาบันรับรองคุณภาพบริการด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา⁵ ให้ความสำคัญต่อการจัดการความปวดปวด ถือเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่จำเป็นต้องมีการประเมินและบันทึก นอกเหนือจาก อุณหภูมิ การหายใจ ชีพจร และความดันโลหิต ปัจจุบันหลายโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้กำหนดการประเมินความปวด⁶ เป็นสัญญาณชีพที่ 5 รวมถึงโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้รับการประเมินคุณภาพการบริการ จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการประกันคุณภาพการพยาบาล จากสภาการพยาบาล เห็นความสำคัญกับการจัดการความปวด โดยให้ระดับความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5 เช่นเดียวกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรุนแรงของแผลผ่าตัด ชนิดของหัตถการผ่าตัด ประเภทของการดมยาสลบ มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด¹⁸ ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถลดความปวด พบว่าความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงและสามารถจัดการความปวดได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁹

งานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลการจัดการความปวด ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและระดับความรู้สึก จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ. 2562-2564 มีผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุตกแต่งและเสริมสร้างจำนวน 91 ราย 73 ราย และ 43 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัด โดยการ



ใช้ยาระงับความรู้สึก และต้องได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วย จากการเก็บข้อมูลระดับคะแนนความปวดใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พ.ศ. 2564 จำนวน 43 ราย⁷ นอกจากนี้งานการพยาบาลวิสามัญ ยังเป็นผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวด (Pain Management Guideline) มีการนิเทศติดตามเพื่อพัฒนาความรู้แก่พยาบาลประจำการ ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมิน การใช้เครื่องมือ การลงบันทึก การติดตามและการประเมินซ้ำ⁸ จากการสำรวจในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ยังพบว่าการจัดการความปวดยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งการบันทึกยังไม่ครอบคลุมและขาดการติดตามความปวดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังไม่เคยมีการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกของบทบาทพยาบาลของพยาบาลบนหอผู้ป่วย จึงทำให้ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญและสนใจศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในบทบาทของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาแนวทางบริหารการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงพัฒนาสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบประสิทธิภาพของบทบาทพยาบาล (The nursing role effective model) เนื่องจากผู้วิจัยสนใจศึกษาย้อนหลังของการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและการประเมิน

ผลการพยาบาล ภายหลังที่ให้การพยาบาลจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูก ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการประสิทธิภาพของบทบาทพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยเลือกศึกษา 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การบันทึกบันทึกความปวด ความต่อเนื่องในการประเมิน การจัดการความปวดแบบใช้ยา และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา และ 2) ด้านผลลัพธ์ โดยใช้ Numerical Rating Scale ประเมินความปวดหลังผู้ป่วยผ่าตัดภายใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

กลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาเวชระเบียน 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562-2564) จำนวน 80 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

เกณฑ์คัดเข้า

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
2. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกตกแต่งและเสริมสร้าง และนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยตั้งแต่หลังผ่าตัด 24 - 72 ชั่วโมง
3. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ขึ้นไป
4. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกตกแต่งและเสริมสร้าง ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2562- ธันวาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์คัดออก

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดได้ เช่น ไม่รู้สึกตัว สับสน หรือสื่อสารไม่เข้าใจ



2. เวชระเบียนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยอภิบาล (ICU)

3. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกตกแต่งและเสริมสร้าง

จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรแบบจุด (Point Estimation of Mean) สามารถใช้ค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง () เป็นตัวประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร () โดย N คือจำนวนหน่วยของประชากร และ n คือจำนวนหน่วยตัวอย่าง จากการคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ได้ทั้งหมดเท่ากับ 72 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 80 คน¹⁶

เครื่องมือการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด ระยะเวลาพักตัวในโรงพยาบาล และชนิดการผ่าตัดรักษา

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การจัดการความปวด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินคะแนนความปวดด้วย Numerical rating scale (NRS) โดยมีระดับคะแนนความปวด 0-10

ตอนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลกระบวนการจัดการความปวด จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย การบันทึกความปวด 4 ข้อ การจัดการความปวดแบบใช้ยา 4 ข้อ การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา 6 ข้อ โดยให้เลือกตอบปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติจักษุ 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวด และแบบบันทึก

กระบวนการจัดการความปวด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0, .85 และ .96 ตามลำดับ ผู้วิจัยทดลองเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจักษุจำนวน 10 ราย มาทดลองกรอกข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัย¹⁰ โดยรายละเอียดดังนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และได้รับอนุมัติเมื่อ วันที่รับรอง 29 กันยายน พ.ศ. 2565 หมายเลข 020/2565 ภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าเวชระเบียน แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าจะเป็นความลับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความเพื่อขอเปิดเผยข้อมูลและศึกษาเวชระเบียนที่ต้องการเก็บข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บบันทึกข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562-2564)

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าเวชระเบียนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย



3. ผู้วิจัยคัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562-2564) ที่มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุที่ออกโดยคณะกรรมการจัดการความปวดของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยมาลงในแบบบันทึกข้อมูล (Case record form: CRF)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาดำเนินการในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการผ่าตัด คะแนนความปวด และกระบวนการจัดการความปวด นำมาการแจกแจงจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติ One sample t-test

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.25) เป็นเพศชาย ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 41 – 59 ปี (ร้อยละ 32.50) หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.20) เกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 42.50) มากกว่าครึ่งหนึ่ง ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.50) รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 18.80)

มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 62.50) มีระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วัน มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 68.80) มีประวัติการผ่าตัดทางจักษุ ส่วนชนิดของการผ่าตัดจักษุครั้งนี้เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.80) เป็นการผ่าตัด Enucleation รองลงมาคือการผ่าตัด Evisceration และ Orbitotomy ร้อยละ 15.0

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษากระบวนการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุ

จากกระบวนการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุ พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติมากที่สุดภายใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คือ บันทึกการประเมินความปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด และความต่อเนื่องของการประเมินความปวด คิดเป็นร้อยละ 80

บันทึกการประเมินความปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 100 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 98.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 38.8

การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 100 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 98.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 38.8

ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 100 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 98.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 38.8

การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 51.2 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 25.0 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 5.0

รับประทานยาแก้ปวด

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 23.8 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 13.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 3.8 ฉีดยาเข้าหลอดโลหิตดำบรรเทาปวด



24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 27.5 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 8.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 2.5

ส่วนการหยดยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง และยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย (PCA) พบว่าไม่มีการปฏิบัติทั้งในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

การประคบเย็น

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 15.0 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 7.5 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 1.2

การจัดท่าให้สุขสบาย

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 100 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 98.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 38.8

ส่วนการเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย การประคับประคองด้านจิตใจ การนั่งสมาธิ การนวดเฉพาะที่ และการใช้ดนตรีบำบัด พบว่า 24, 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ไม่มีการปฏิบัติ ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

ระยะเวลาหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

จากการประเมินคะแนนความปวดมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 68.8) รองลงมาคือ 13 คน มีระดับความปวดปานกลาง (ร้อยละ 15.7) คะแนนความปวดเฉลี่ย 3.29 คะแนน (SD=2.19)

จากการประเมินคะแนนความปวดน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคือ 28 คน ไม่มีความ

ปวด (ร้อยละ 35.0) คะแนนความปวดเฉลี่ย .95 คะแนน (SD=.97)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

จากการประเมินคะแนนความปวดมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 52.5) รองลงมาคือ 28 คน (ร้อยละ 7.5) มีระดับความปวดปานกลาง คะแนนความปวดเฉลี่ย 1.45 คะแนน (SD=1.92)

จากการประเมินคะแนนความปวดน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน พบว่าไม่มีความปวด (ร้อยละ 72.5) รองลงมาคือ 22 คน (ร้อยละ 27.5) มีระดับความปวดเล็กน้อย คะแนนความปวดเฉลี่ย .32 คะแนน (SD=.59)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง

จากการประเมินคะแนนความปวดมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน (ร้อยละ 78.8) พบว่าไม่มีความปวด รองลงมาคือ 17 คน (ร้อยละ 21.2) มีระดับความปวดเล็กน้อย คะแนนความปวดเฉลี่ย .30 คะแนน (SD=.66)

จากการประเมินคะแนนความปวดน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน (ร้อยละ 92.5) พบว่าไม่มีความปวด รองลงมาคือ 6 คน (ร้อยละ 7.5) มีระดับความปวดเล็กน้อย คะแนนความปวดเฉลี่ย .09 คะแนน (SD=.32)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวด (ค่าคะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน) หลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางจักษุที่มีคะแนนความปวดมากที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวดอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p = .244$) และระยะเวลา 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $.001$ ตามลำดับ)



ส่วนหลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางจักษุที่มีคะแนนปวดน้อยที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$, $.001$ และ $.001$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเกณฑ์การควบคุมความปวด ในระยะเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ด้วยสถิติ One sample t-test

ระยะเวลา หลังผ่าตัด	คะแนน ปวดเฉลี่ย	SD	ระดับความปวด				One- sample t-test	p-value
			ไม่ปวด (0)	ปวดเล็กน้อย (1-3)	ปวดปานกลาง (4-6)	ปวดมาก (7-10)		
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
คะแนนความปวดมากที่สุด								
24 hr	3.29	2.19	0 (0)	55 (68.8)	13 (15.7)	12 (14.5)	1.18	.244
48 hr	1.45	1.92	28 (35.0)	42 (52.5)	6 (7.5)	4 (5.0)	-7.29	.001
72 hr	.30	.66	63 (78.8)	17 (21.2)	0 (0)	0 (0)	-36.37	.001
คะแนนความปวดน้อยที่สุด								
24 hr	.95	.97	28 (35.0)	50 (62.5)	2 (2.5)	0 (0)	-18.97	.001
48 hr	.32	.59	58 (72.5)	22 (27.5)	0 (0)	0 (0)	-40.51	.001
72 hr	.09	.32	74 (92.5)	6 (7.5)	0 (0)	0 (0)	-79.94	.001

1. การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. กระบวนการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุ

พบว่าเมื่อ มีการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยได้รับการบันทึกการประเมินความปวดในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า

เนื่องจากเป็นแนวทางและวิธีการที่พยาบาลจะต้องมีการประเมินผลผู้ป่วยภายหลังจากผ่าตัดแล้ว ซึ่งพบว่าพยาบาลมีการประเมินความปวดในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกรายหลังผ่าตัด รวมทั้งการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด และความต่อเนื่องของการประเมินความปวด ตลอดจนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ดังนั้นการประเมินความปวดเป็น แนวปฏิบัติที่พยาบาลควรปฏิบัติกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย เพื่อจะนำไปสู่

กิจกรรมการพยาบาลบรรเทาความปวด หรือการจัดการความปวดของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดที่ใช้ในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ให้มีการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย และกำหนดให้ประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ต้องมีการประเมินและบันทึกลงในฟอร์มปรอท ซึ่งทำให้เห็นว่าพยาบาลมีความตระหนักและปฏิบัติตามมาตรฐานการจัดการความปวดของโรงพยาบาล และจากการศึกษาของจงลักษณ์ รสสุขุมลชาติ และพนารัตน์ เจนจบ¹¹ ได้มีการพัฒนาแนวทางในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพสามารถลดความปวด ประกอบด้วย การจัดทำคู่มือการจัดการความปวด การพยาบาลความปวด การวินิจฉัยทางการแพทย์ การประเมินระดับความปวดซ้ำหลังให้การพยาบาล การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดปวด ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยลด



ความปวดและลดความทุกข์ทรมานได้ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การจัดการความปวดจัดเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ พยาบาลหรือทีมสุขภาพ ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทของการผ่าตัดจักษุ ซึ่งควรมีการพัฒนาแบบบันทึกความปวดของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและสะดวกในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น จากที่กล่าวมา พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุที่เคย

นำมาใช้ในหน่วยงานควรได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทและสามารถครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุให้สมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น เช่น การนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่กระชับ เข้าใจง่าย เป็นต้น

ในส่วนของกิจกรรมการพยาบาลที่พบเพื่อบรรเทาความปวด พบว่าพยาบาลให้การพยาบาลด้วยการจัดท่าให้สุขสบายมากที่สุด ร้อยละ 100 สามารถอธิบายได้ว่า เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีแผนการรักษา โดยจัดเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติหรือแนะนำผู้ป่วย เช่น สามารถนอนตะแคงไปข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดได้ หรือบางรายนอนคว่ำหน้าตลอด หรือยกศีรษะสูง เพื่อให้ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและความสุขสบายของผู้ป่วย¹² และกิจกรรมการพยาบาลที่พบรองลงมา คือ การประคบเย็นที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แต่ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละกรณี เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดจักษุจะมีความบอบช้ำง่ายกว่าเนื้อเยื่อบริเวณทั่วไปจึงควรปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้อง¹³

ส่วนยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่ คือ พาราเซตามอล (Paracetamol) ซึ่งสอดคล้องกับระดับความปวดของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความปวดระดับเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-3) โดยตามแนวทางจะเป็นการบรรเทาปวดด้วยยาพาราเซตามอล ส่วนยาบรรเทาชนิดฉีดทางหลอดเลือดส่วนใหญ่ คือ

ทรามาดอล (Tramadol) สอดคล้องกับคะแนนปวดของผู้ป่วย โดยจะได้รับเมื่อมีคะแนนความปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6)¹⁴

2. ผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

พบว่าเมื่อมีการประเมินคะแนนความปวดมากที่สุดในช่วงระยะเวลาผ่าตัด 24 ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 68.8) หลังระยะเวลาผ่าตัด 48 ชั่วโมงจำนวน 42 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 52.5) และหลังระยะเวลาผ่าตัด 72 ชั่วโมง จำนวน 63 คน (ร้อยละ 78.8) พบว่าไม่มีความปวด สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจะมีความปวดมากที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงแรก และความเจ็บปวดจะค่อย ๆ หมดไป หลัง 72 ชั่วโมงหลังได้รับการผ่าตัด กล่าวคือความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่มีกลุ่มใยประสาททำหน้าที่ส่งทอดต่อกันเป็นวิถีประสาทขึ้นไป โดยเริ่มต้นจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ปลายประสาทรับความรู้สึก แล้วส่งสัญญาณประสาทผ่านไปตามประสาทนำเข้าความรู้สึก เข้าไปที่ไขสันหลังและวิ่งไปตามเส้นทางต่าง ๆ ในไขสันหลังจนถึงสมองและจากสมองนำส่งกลับมาไขสันหลัง การนำความรู้สึกเจ็บปวดแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับที่ 1 ตัวรับสัญญาณและเส้นประสาทรับความรู้สึก (peripheral mechanism) ระดับที่ 2 กลไกที่เกิดขึ้นระดับไขสันหลัง (spinal mechanism) ระดับที่ 3 กลไกที่เกิดขึ้นเหนือระดับไขสันหลังและสมอง (supra spinal mechanism)²⁰

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในบริบทการจัดการความปวดในบริบทผู้ป่วยหลังผ่าตัดจักษุ ผู้วิจัยจึงอธิบายกลไกความปวดไว้ดังนี้ การผ่าตัดเป็นสิ่งเร้าเชิงกลทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทโดยตรง เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมี เช่น โพรสตาแกลนดิน ฮิสตามีน เป็นต้น ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นเฉพาะที่บริเวณเนื้อเยื่อผ่าตัด สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อการเจ็บปวดมากขึ้น เมื่อปลาย



ประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดจะนำส่งไปตามใยประสาทขนาดเล็ก คือใยประสาทเอ เดลตา และใยประสาทซีไปยังไขสันหลัง เข้าสู่ระบบควบคุมประตู่ในบริเวณคอร์ซอลฮอร์น จะมีการปรับสัญญาณประสาทบริเวณเอสจี โดยสัญญาณประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่จะกระตุ้นการทำงานของเอสจีที่ทำหน้าที่ขัดขวางการทำงานของทีเซล ดังนั้นจึงไม่สามารถส่งต่อสัญญาณประสาทได้ ส่วนใยประสาทขนาดเล็กจะยับยั้งเอสจี ทีเซลจึงส่งสัญญาณประสาทไปด้านตรงข้ามของไขสันหลังและนำขึ้นสู่สมองที่ระดับไขสันหลังนั้นนอกจากจะมีการปรับเปลี่ยนสัญญาณตามระบบควบคุมประตู่แล้วยังเกิดรีเฟล็กซ์ มีผลให้กล้ามเนื้อลายหดตัว หลอดเลือดตีบตัว ระบบทางเดินอาหารและระบบการขับถ่ายปัสสาวะมีการทำงานลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง กล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนน้อยลง จึงมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน เกิดกรดแลคติกและเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่ กรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวดกล้ามเนื้อ ความเจ็บปวดกล้ามเนื้อที่รุนแรงขึ้นจะทำให้มีรีเฟล็กซ์ที่ไขสันหลังมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป¹⁵

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเกณฑ์การควบคุมความปวด (ค่าคะแนนความปวด ไม่เกิน 3 คะแนน) หลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางจักษุที่มีคะแนนความปวดมากที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูงกว่าเกณฑ์ควบคุมความปวดอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p = .244$) สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดจักษุมีความปวดมากกว่า 3 คะแนน เนื่องจากการผ่าตัดทางจักษุ ซึ่งเป็นการทำให้เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ดวงตาถูกทำลายจากการผ่าตัด รวมถึงการเย็บปิดกลับของแผลผ่าตัด เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ดวงตาเป็นเนื้อเยื่อที่บอบช้ำง่ายและส่งผลต่อความปวดของผู้ป่วย จึงทำให้ความปวดระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูงกว่าเกณฑ์ควบคุมความปวด ส่วนระยะเวลา 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมี

คะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์ควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $.001$ ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีความปวดลดลงน้อยกว่า 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด รวมทั้งได้รับการพยาบาลและการรักษาที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์ควบคุมความปวด

ส่วนหลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางจักษุที่มีคะแนนความปวดน้อยที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสอดคล้องกับเกณฑ์ควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$, $.001$ และ $.001$ ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการประเมินคะแนนความปวดน้อยที่สุดในแต่ละวัน จึงทำให้ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดน้อย ส่งผลต่อคะแนนความปวดน้อยกว่าเกณฑ์ควบคุมความปวดที่กำหนดไว้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์ควบคุมความปวด

บทสรุป

บทบาทการจัดการความปวดของพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย และลดความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุที่มีระดับความเจ็บปวดมากกว่า 3 คะแนน ใน 24 ชั่วโมงแรก ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการพยาบาลจัดการความปวด โดยปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานอย่างเคร่งครัดเพื่อให้การจัดการความปวดกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่กิจกรรมการพยาบาลบรรเทาความปวดที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระ



2. ควรมีการจัดระบบการบันทึกข้อมูลความปวดอย่างชัดเจน สะดวกในการใช้งาน เช่น แบบบันทึกคะแนนความปวดทั้งก่อนและหลังการทำการหัตถการทางการแพทย์ รวมทั้งก่อนและหลังได้รับยาบรรเทาปวด

3. ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจักษุอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องของความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด

2. ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดจักษุ

References

1. Balas, MC, Gerald LW, Linda D, Gerald C, Bram R, Cherl JM, et al. Interpreting and implementing the 2018 pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption clinical practice guideline. *Crit Care Med* 2018;46(9):1464-70.
2. Werner MU, Kongsgaard UE. I. Defining persistent post-surgical pain: is an update required?. *Br J Anaesth*. 2014;113(1):1-4.
3. Rawal N. Current issues in postoperative pain management. *Eur J Anaesthesiol* 2016;33(3):160-71.
4. Atichart, S. Acute pain relief for nurses. in the documents accompanying the academic conference of Chonburi Hospital at Dr. Suchin Phalakornkul's meeting room; 2011. [In Thai].
5. Guenter P, Jensen G, Patel V, Miller S, Mogensen KM, Malone A, et al. Addressing disease-related malnutrition in hospitalized patients: a call for a national goal. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2019;41(10):469-73.
6. Rogers, Michael P, Paul C. Pain as the fifth vital sign. *J Am Coll Surg* 2020;231(5):601-02.
7. Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing). Statistics of plastic and reconstructive ophthalmic surgery patients, fiscal year 2019 - 2021. Nakhon Pathom; 2021. [In Thai].
8. Kannicha M. Practice Guidelines for Pain Management. Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing); 2013. [In Thai].
9. Irvine D, Sidani S, Hall LM. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nurs Econ* 1998;16(2):58.
10. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: Theory and applications. Sage Publications; 2021.
11. Jonglak R, Panarat J. Development of pain management guidelines for Nurses at King Taksin Hospital. *Chiang Rai Med J* 2021;13(1):182-99. [In Thai].
12. Molao C, Mmoloki T. Postoperative eye care in Botswana: the role of ophthalmic nurses. *Community Eye Health* 2020;33(1):52.
13. Elliott DB. Clinical procedures in primary eye care E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020.
14. Puntillo F, Giglio M, Varrassi G. The routes of administration for acute postoperative pain medication. *Pain Ther* 2020;10(2):909-25.
15. Freys SM, Pogatzki-Zahn E. Pain therapy to reduce perioperative complications. *Innov Surg Sci* 2019;4(4):158-66.



16. Das S, Mitra K, Mandal M. Sample size calculation: Basic principles. *Indian J Anaesth* 2016;60(9):652-65.
17. Porela-Tiihonen S, Kaarniranta K, Kokki M, Purhonen S, Kokki H. A prospective study on postoperative pain after cataract surgery. *Clin Ophthalmol* 2019; 4(3):1429-35.
18. Lesin M, Dzaja Lozo M, Duplancic-Sundov Z, Dzaja I, Davidovic N, Banozic A, et al. Risk factors associated with postoperative pain after ophthalmic surgery: a prospective study. *Ther Clin Risk Manag* 2018;21(1):93-102.
19. Kadović M, Čorluka S, Dokuzović S. Nurses' Assessments Versus Patients' Self-Assessments of Postoperative Pain: Knowledge and Skills of Nurses for Effective Pain Management. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(9):568-79.
20. Marcotti A, Fernández-Trillo J, González A, Vizcaíno-Escoto M, Ros-Arlanzón P, Romero L, et al. TRPA1 modulation by Sigma-1 receptor prevents oxaliplatin-induced painful peripheral neuropathy. *Brain* 2023;146(2):475-91.
21. Brennan TJ. Pathophysiology of postoperative pain. *Pain* 2011;152(3):33-40.



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs)

หงษ์ บรรเทิงสุข* มะลิสา งามศรี**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือเป็นโรคร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไปในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 60 ราย เครื่องมือวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) มีความเที่ยงของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 จัดกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับคู่พิจารณาจากเพศและระดับคะแนนอาการซึมเศร้า แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลโดยการให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบและกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจำนวน 9 กิจกรรม ประกอบด้วย การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ การจัดกิจกรรมสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการฝึกทักษะการผ่อนคลาย การปรับโครงสร้างทางความคิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบ การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม จำนวน 3 กิจกรรม การใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง (self-talk) และทบทวนการเรียนรู้ในการฝึกทักษะที่เข้าร่วมในโปรแกรมร่วมกับการวางแผนการนำทักษะไปใช้ในอนาคต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และทดสอบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีอาการซึมเศร้าลดลงควรนำโปรแกรมนี้ไปเผยแพร่กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น และควรศึกษาวิจัยในบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม/ อาการซึมเศร้า/ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



The effect of cognitive-behavioral therapy program on depressive symptoms in the elderly with chronic non-communicable disease

Hong Banthoengsuk* Malisa Ngamsri**

Abstract

Purpose: To study the effect of cognitive behavioral therapy program on depressive symptoms in the elderly with chronic non-communicable diseases.

Design: quasi-experimental research.

Methods: The subjects were people aged 60 years and over who were diagnosed by a physician with one disease or two or more comorbidities in the category of chronic non-communicable diseases, total 60 subjects. The instruments were Demographic data record, a cognitive-behavioral therapy program was validated by three experts with a content validity index of .90. and Data collection were used the Thai Elderly Sadness Scale (TGDS) an Alpha coefficient of reliability was .91. They were divided into a control group by receiving counseling according to their problems, experimental group received a cognitive-behavioral therapy program with nine activities, consisting of relationships building, organizing activities that influence feelings and practicing relaxation skills, Cognitive restructuring by searching for false beliefs and negative automatic thoughts, Cognitive restructuring and inappropriate beliefs about depression. Strengthening appropriate depression management patterns for three activities, strengthening appropriate depression management patterns by using self-talk techniques and planning for future use of skills. Data were analyzed using descriptive statistics and the mean was tested using a t-test.

Results: The mean scores of depression symptoms in the experimental group receiving the Cognitive Behavioral Therapy Program were significantly lower than before receiving the program ($p < .05$). The experimental group receiving the cognitive behavioral therapy program was significantly lower than the control group ($p < .05$).

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy program reduced depressive symptoms in elderly patients with chronic non-communicable diseases. This program should be distributed to other groups of senior citizens. Further research should be conducted on people at risk of depression.

Keywords: cognitive-behavioral therapy program/depression/elderly chronic non-communicable disease



บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 มีประชากรรวมทั้งหมดจำนวน 7,875 ล้านคน ในนั้นมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,963 ล้านคน หรือร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด¹ ส่วนประเทศไทยในปี 2021 มีประชากรรวมทั้งหมดจำนวน 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมากเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2050 คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น 1 ใน 6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือคิดเป็นร้อยละ 27 ของประชากรทั้งหมด¹ และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี²

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ปี 2565 โดยกระทรวงสาธารณสุข ในระบบ Health Data Center มีข้อมูลผู้สูงอายุในระบบ จำนวน 9,527,054 คน พบว่า ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับ 1 คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.43³ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 73 ของประชากรทั้งหมด โดยอัตราการตายสูงสุดคือ โรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น 48.70 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 32.30 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานคิดเป็น 22.30 ต่อแสนประชากร ภาวะความดันโลหิตสูงคิดเป็น 12.20 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็น 11.40 ต่อแสนประชากร⁴ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายทำให้อวัยวะบางส่วนในร่างกายเกิดปัญหา ใช้งานได้ไม่เต็มที่และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำได้เพียงแต่ควบคุมอาการไม่ให้รุนแรงขึ้นหรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ซึ่งจะส่งผลกระทบ

ต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินชีวิตลดลง เกิดความเครียด ท้อแท้ ผิดหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้⁵ และทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย เช่น มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย

อาการซึมเศร้าหมายถึงภาวะที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง วิตกกังวล และมองโลกในแง่ลบ อาการซึมเศร้ามีหลายระดับตามความรุนแรงของการแสดงออก ซึ่งจะประเมินอาการซึมเศร้าโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย⁶ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย⁶ โดยมีเกณฑ์การวัดคะแนนดังนี้คะแนน 0 - 12 ปกติ คะแนน 13 - 18 มีระดับของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19 - 24 มีระดับของภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 25 - 30 มีระดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้มักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าทำให้ไม่มีความสุข เกิดความทุกข์ รู้สึกสูญเสียความสามารถในด้านต่าง ๆ ครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองและมักเป็นในทางลบ ลักษณะความคิดและพฤติกรรมมักเกิดขึ้นวนเวียน ซ้ำไปซ้ำมา มีความคิดด้านลบ รู้สึกท้อแท้ ขาดกำลังใจและนำไปสู่อาการซึมเศร้า สิ้นหวัง สอดคล้องกับแนวคิดของ Beck⁷ ที่กล่าวว่าอาการซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรมเนื่องจากบุคคลมีความคิดเชิงลบที่บิดเบือน 3 ประการ (cognitive triad) คือ 1) ต่อตนเอง 2) ต่อโลก 3) ต่ออนาคต ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินชีวิตลดลง จากรายงานการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในชุมชนมีความชุกของอาการซึมเศร้าร้อยละ 25.61 โดยในเพศชายมีความชุกร้อยละ 7.32 ในเพศหญิงร้อยละ 18.29⁸ สำหรับจังหวัดอุบลราชธานีได้มีการศึกษาถึงความชุกของอาการ



ซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20⁹ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คือ โรคเมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 40, 33.30 และ 23.50 ตามลำดับ¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพ สุขภาพทางกาย การสูญเสีย การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง ความว่าเหว่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ความรุนแรงของความเจ็บป่วย^{11,12} นอกจากนี้ยังพบปัจจัยทางด้านการรู้คิดได้แก่ การคิดเชิงลบที่มีต่อตนเองต่อโลกและอนาคต¹³ การไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีทั้งการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเกิดอาการซึมเศร้า การสร้างเครือข่าย นอกจากนี้ในกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปรับความคิดใหม่ โดยการค้นหา และพิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ ผูกวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการซึมเศร้า วิเคราะห์ได้ว่าอาการซึมเศร้าเป็นอย่างไร แก้ไขปัญหาอย่างไร

ปัจจุบันแนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ วิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (case management) เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปีและลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่ม แอลกอฮอล์สูบบุหรี่ เน้นการดูแลแบบบูรณาการ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการที่ได้รับการรับรองถึงควมมีประสิทธิภาพในระดับสากล ได้แก่ ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง¹⁴ (Chronic Care Model, CCM) โดยเสนอรูปแบบการจัดระบบดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งปรับจากการดูแลสุขภาพในระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเน้นการป้องกันมาก

ขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก การปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการโรคเรื้อรังที่มากกว่า การรักษาทางการแพทย์เป็นการให้บริการในเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังไม่ป่วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยอันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นระบบการดูแลที่จะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การดูแลโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพ จะเห็นได้ว่าการดูแลจะเน้นในส่วนของการร่างกายแต่ในการดูแลและประเมินปัญหาทางด้านจิตใจยังไม่มาก

การรักษาอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีหลายวิธีเช่นการรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด การฝึกการแก้ไข้ปัญหา การให้สุศึกษา การเยี่ยมบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้^{15,16} และทำให้ทนต่อการรักษาได้ดีกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น¹⁶ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของอารอน ทีเบค¹³ มาประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อลดอาการซึมเศร้า โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยมีความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นสาเหตุสำคัญ การพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้าได้มีการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ พิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบด้วยหลักเหตุผล ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่ไม่เป็นจริง และแก้ไข้ปัญหาความคิดอัตโนมัติให้เหมาะสมจะช่วยลดอาการซึมเศร้าลงด้วยตนเองได้ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิด

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของอารอน ทีเบค¹³ โดยมีความเชื่อว่า อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระมีความสัมพันธ์กัน อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของบุคคลจะถูกกำหนดจากความ



คิด หากกระบวนการคิดของบุคคลบิดเบือนไม่ถูกต้อง คิดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตไปในทางลบโดยไม่ได้พิสูจน์ความคิดนั้นว่าเป็นจริงหรือไม่เพียงใด อารมณ์พฤติกรรม และสรีระของบุคคลนั้นจะแสดงถึงอาการซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงความคิดจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเสื่อมสมรรถภาพทางกายและอายุที่สูงขึ้นถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยมีความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เมื่อมีอาการซึมเศร้าจะมุ่งความสนใจไปที่มุมมองด้านลบต่อตนเอง โลกและอนาคต แต่หากผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้าได้ค้นพบความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าของตนเอง และได้ทำการพิสูจน์หรือประเมินความคิดดังกล่าวว่าเป็นความจริงหรือไม่ด้วยหลักเหตุผล รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดความคิดอัตโนมัติทางลบที่ไม่เป็นจริง และแก้ไขปัญหานั้นในกรณีพบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความจริง เมื่อความคิดทางลบที่เป็นเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้าเปลี่ยนไปก็จะทำให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ โปรแกรมการบำบัดนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหามาตามความเป็นจริง ดังนั้นการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และทำการพิสูจน์การคิดตามความเป็นจริงรวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบวัดก่อนและหลัง โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ 60 ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือเป็นโรคร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไปในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) มีคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13 – 24 คะแนนซึ่งหมายถึงซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS)⁶ 4) สื่อสารได้ปกติ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินการพูดและการใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ของการศึกษานี้โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7¹⁸ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กำหนดขนาด



อิทธิพลในระดับปานกลาง สำหรับการทดสอบกลุ่มทดสอบ 2 กลุ่ม เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมยังเคยถูกทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขนาดอิทธิพลที่ควรใช้จึงอยู่ในระดับเล็กน้อย (small effect size) แต่จากงานวิจัยที่ผ่านมาได้นำผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต¹⁵ ผู้วิจัยใช้ขนาดอิทธิพลในระดับกลาง ที่ระดับ 0.25 ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 รายต่อกลุ่ม เนื่องจากการศึกษานี้มีสองกลุ่มจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างรวม 56 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือจำนวนข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ์และถูกตัดไป ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹⁹ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ลำดับที่ 005/2565 เลขที่ HE651001 วันที่รับรอง 15 มีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับแล้วให้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมืองและตำบลเหล่าเสือโก้ก แล้วเข้าพบผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้กเป็นกลุ่ม

ควบคุม ส่วนผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมืองเป็นกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายให้เข้าใจถึงการเข้าร่วมและแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินอาการซึมเศร้าตามแบบประเมิน TGDS⁶ คัดเลือกเข้าร่วมกลุ่มทดลองที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 13 – 24 คะแนน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองในช่วงเดือน เมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของอารอน ทีเบค¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งโปรแกรมการบำบัดนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ 3) การปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นการบำบัดรายกลุ่มและมีจำนวนการบำบัดรวม 9 ครั้ง ใช้เวลานานครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ดังนี้ ครั้งที่ 1 การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม และอาการซึมเศร้า ครั้งที่ 2 การจัดกิจกรรมสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ครั้งที่ 3 การปรับโครงสร้างทางกรูติด โดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบ ครั้งที่ 4 การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ครั้งที่ 5 การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 1) ครั้งที่ 6 การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 2) ครั้งที่ 7 การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 3) ครั้งที่ 8 การสร้างเสริมรูปแบบการจัดการ



อาการซึมเศร้าที่เหมาะสมโดยการใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง (self-talk) ครั้งที่ 9 ทบทวนการเรียนรู้ในการฝึกทักษะในการเข้าร่วมโปรแกรม และการวางแผนในอนาคต

โปรแกรมการทดลองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน, ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของขั้นตอนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม รวมถึงการดำเนินการบำบัดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .90 และมีการปรับให้เน้นความสำคัญของการให้ผู้สูงอายุเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาในการวิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติทางลบ เน้นการอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในแต่ละกิจกรรม ปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและให้เป็นรูปธรรม การศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม (Feasibility) ด้วยการทดลองทำกลุ่มบำบัดกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขตจังหวัดอุบลราชธานีที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหาและเวลา รวมทั้งข้อบกพร่องหรืออุปสรรค ตลอดจนเพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำมาแก้ไขก่อนที่จะดำเนินการวิจัยจริง ผลการศึกษาพบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินกลุ่มมีมากเกินไป ทำให้ใช้เวลานานในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจึงลดจำนวนลงมาเป็นกลุ่มละ 6 คน และทดลองทำกิจกรรมใหม่ พบว่ามีความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมในส่วนของเวลาและเนื้อหา สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นทุกคนและทั่วถึง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย⁶ ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (content validity) เท่ากับ .93 โดยมีเกณฑ์การวัดคะแนนดังนี้คะแนน 0 - 12 ปกติ คะแนน 13 - 18 มีระดับของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19 - 24 มีระดับของภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 25 - 30 มีระดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรง การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตร Cronbach' s Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) หลังจากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ⁸ และระยะเวลาการเจ็บป่วย¹⁹ จนได้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 30 ราย จากนั้นดำเนินการทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคลก่อนดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ พบกลุ่มควบคุมในวันจันทร์ และพบกลุ่มทดลองในวันพฤหัสบดี

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองแล้วลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาและให้การรักษาตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุในวันนัดติดตามผลการรักษาจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น



เห็นร่วมกันตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย เพื่อให้ความรู้และสาเหตุ อาการ การรักษาอาการซึมเศร้า การแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตัวของขณะมีอาการซึมเศร้า การรับประทานยา และให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจากผู้วิจัย และมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองแล้วลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง และให้ทำแบบวัดอาการซึมเศร้า ระยะเวลาการทดลอง และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 คน โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 วัน คือวันอังคาร เข้า 1 กลุ่ม เวลา 10.00-11.30 น. บ่าย 1 กลุ่ม เวลา 13.00-14.30 น. วันพฤหัสบดีเช้า 1 กลุ่ม เวลา 10.00-11.30 น. บ่าย 1 กลุ่ม เวลา 13.00-14.30 น. และวันเสาร์ เข้า 1 กลุ่ม เวลา 10.00-11.30 น. ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที สถานที่ศาลาวัดบ้านโพธิ์เมือง เป็นเวลา 9 สัปดาห์ พร้อมทั้งแจกคู่มือโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าและสมุดการบ้าน

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง ในกิจกรรมครั้งที่ 1 คือการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพโดยกิจกรรมรู้จักฉันรู้จักเธอ การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และให้สมุดการบ้านเขียนเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 2 คือจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เน้นถึงความสัมพันธ์ของอารมณ์และการแสดงออกของร่างกาย วิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้า

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 3 คือการปรับโครงสร้างทางการรู้คิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบ ผู้วิจัยอธิบายความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบผลกระทบของการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ และให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และสามารถบอกความคิดที่เป็นความคิดอัตโนมัติทางลบได้

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมครั้งที่ 4 การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า กิจกรรมคือการทำความเข้าใจและสามารถค้นหาวิธีการตอบโต้กับความคิดอัตโนมัติทางลบที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบให้เป็นความคิดในเชิงบวกที่เป็นไปได้จริง และตระหนักถึงประโยชน์ของความคิดในเชิงบวกที่เป็นไปได้จริง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมครั้งที่ 5 คือการสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม ครั้งที่ 1) กิจกรรมคือการนำบันทึกของสมาชิกเกี่ยวกับความคิดที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า มาร่วมกันประเมินหรือพิสูจน์ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า พฤติกรรมเมื่อรู้สึกเศร้า และอาการทางสรีระที่มีความเกี่ยวข้องกัน และค้นหาวิธีการแก้ไข ปัญหา เสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหา 3 แบบให้สมาชิกได้เลือกและฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมครั้งที่ 6 คือการสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 2) กิจกรรมคือมุมมองและวิธีการในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาในชีวิตแล้วให้เลือกปัญหา 1 ปัญหาเพื่อฝึกการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ไขปัญหา นำการบ้านที่ได้ทำมาบันทึกการฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ไข ปัญหา ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้รู้สึกเศร้า และเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีอาการซึมเศร้า แล้วนำมาประเมินหรือพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบดังกล่าว เมื่อพิสูจน์แล้วว่าความคิดนั้นเป็นความจริงให้ฝึกทำการปรับแก้ไข ปัญหา และฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองในการแก้ไข ปัญหา



สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมครั้งที่ 7 คือการสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสม (ครั้งที่ 3) กิจกรรมคือนำการบ้านที่ได้ทำการบันทึกการฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการแก้ไขปัญหามาพูดคุยถึงความเข้าใจและปัญหาที่เกิดขึ้นในการฝึก เปิดโอกาสให้ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้รู้สึกเศร้า และเกิดพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีอาการซึมเศร้า แล้วนำมาประเมินหรือพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบดังกล่าว เมื่อพิสูจน์แล้วว่าความคิดนั้นเป็นความจริงให้สมาชิกได้ฝึกทำการปรับแก้ไขปัญหา และฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองในการแก้ไขปัญหามา

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมครั้งที่ 8 คือกิจกรรมการสร้างเสริมรูปแบบการจัดการอาการซึมเศร้าที่เหมาะสมโดยใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง (self-talk) กลุ่มตัวอย่างจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการพูดกับตนเอง (self-talk) และฝึกทักษะการพูดกับตนเอง (self-talk) เมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบที่เป็นปัญหากลับมารบกวนตนเอง

10. สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมครั้งที่ 9 คือการทบทวนการเรียนรู้ในการฝึกทักษะในการเข้าร่วมโปรแกรม และการวางแผนในอนาคต เป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นหาเป้าหมายและสามารถตั้งเป้าหมายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม และบอกถึงความก้าวหน้าในการบำบัดและการเรียนรู้ทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินผลการฝึกโปรแกรมทั้งหมดเพื่อยุติการเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินอาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS)⁶ และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และโดยใช้สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Independent-test)

2. วิเคราะห์ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

3. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปีมากที่สุด จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 และมีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67 มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.34 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มในกลุ่มควบคุมมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปีมากที่สุด จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 เป็นเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.34 โรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.34 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองก่อนและกลุ่มควบคุม



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองก่อนและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	X	SD	X	SD			
กลุ่มทดลอง	17.33	1.98	11.36	1.86	58	11.98	.000
กลุ่มควบคุม	17.70	3.01	17.35	1.98	58	0.56	.954

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ 17.33 (SD = 1.98) และหลังการทดลอง

เท่ากับ 11.36 (SD = 1.86) เมื่อทดสอบด้วยdependent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่ามีพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองเท่ากับ 17.70 (SD = 1.25) และหลังการทดลองเท่ากับ 17.35 (SD = 1.60) เมื่อทดสอบด้วยdependent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p < .01$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	X	SD	X	SD			
ก่อนการทดลอง	17.70	3.01	17.33	1.98	50	0.55	.940
หลังการทดลอง	17.35	1.98	11.36	1.86	47	8.98	.000

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมก่อนการทดลอง เท่ากับ 17.33 (SD = 1.98) และของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เท่ากับ 17.70 (SD = 3.01) เมื่อทดสอบด้วยdependent t-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p < .01$)

ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 11.36 (SD = 1.86) และในกลุ่มควบคุม

เท่ากับ 17.35 (SD = 1.98) เมื่อทดสอบด้วยindependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สอดคล้อง



กับการศึกษาที่ผ่านมา^{15,16} พบว่าผลของการนำแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไตซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในที่นี้อาจเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มซึ่งสามารถลดอาการซึมเศร้าได้โดยมีขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญคือ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและปรับความคิดบิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผล ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตติดต่อเรื้อรังได้รู้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดบิดเบือนมีความเชื่อมโยงกับการเกิดอาการซึมเศร้า โดยส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นตามมา¹³ และอาจเป็นเพราะกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงได้เรียนรู้และเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการเปิดโอกาสให้ได้แสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจต่อกันและยังได้ส่งเสริมการมีคุณค่าและการยอมรับซึ่งกันและกันส่งผลต่อความสามารถทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนทั้งความคิดและพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนมุมมองในการมองโลกจะมองโลกในด้านบวก และมีความหวังมากขึ้น อีกทั้งกระบวนการกลุ่มยังทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ สามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และประยุกต์ใช้โปรแกรมมาวางแผนการดูแลตนเองได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคไตติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม อาจเนื่องมาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในครั้งนี้มีรูปแบบกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุเรียนรู้วิธีการสร้างความคิดทางบวกและการควบคุมอารมณ์ เกิดทักษะในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ ที่เผชิญอยู่สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้อย่าง

เหมาะสม อีกทั้งการใช้กระบวนการของกลุ่มบำบัดยังสามารถก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด สมาชิกผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่ท้อแท้และสิ้นหวัง ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเอง สูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้สูงอายุมีกำลังใจและความหวังในชีวิตมากขึ้น¹⁶ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้มีภาวะซึมเศร้าซึ่งผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการบำบัดผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงและโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของFishman²¹และFolkman²² ที่ผลการวิจัยสนับสนุนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า ส่วนงานวิจัยในไทยพบว่าผลของการปรับพฤติกรรมและปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่าหลังจากใช้โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมและปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมีระดับความซึมเศร้า ต่ำกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁶ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและ พฤติกรรมแบบกลุ่มนี้ โดยเน้นที่การปรับความคิดและพฤติกรรมควบคู่กับการเสริมสร้างทักษะการจัดการกับอาการซึมเศร้า การให้เทคนิคการพูดกับตนเองให้กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยพัฒนากิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน และเลือกทำในรูปแบบกลุ่ม มีการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันผู้สูงอายุได้มีโอกาสดแสดงความคิดเห็นมีการให้กำลังใจและส่งเสริมการยอมรับซึ่งกันและกันได้รับการปรับเปลี่ยนทั้งความคิดและพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น และสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตน ตลอดจนมีการมองโลกในด้านบวก และมีความหวังมากขึ้นลดอาการซึมเศร้าวลง โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบ



กลุ่มนี้เป็นการบำบัดทางเลือกหนึ่งที่พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานในชุมชนสามารถเรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้โดยการจัดโปรแกรมในรูปแบบกลุ่มนี้ ช่วยประหยัดทั้งเวลา ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการพัฒนางานการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติพยาบาล

1.1 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ที่มีอาการซึมเศร้าจากความบกพร่องทางความคิด การมีรูปแบบความคิดด้านลบ และการทำหน้าที่ผิดปกติของรูปแบบโครงสร้างทางความคิดที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้โดยรูปแบบของกิจกรรมไม่ควรใช้เวลานานเกินไป การพูดคุยควรมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ไม่สลับซับซ้อน

2. ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา

2.1 ภาควิชาควรจัดให้มีการอบรมความรู้เรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และในภาคปฏิบัติควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยเฉพาะเพื่อฝึกฝนบุคลากรที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมให้มีทักษะการบำบัด

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 เพื่อเป็นการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมว่ายังคงมีประสิทธิภาพต่อไปอีกหรือไม่จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

3.2 ควรนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ในการศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีที่สนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. World Health Organization (WHO). The world health report 2013. Research for universal health coverage. Geneva: WHO.2013.
2. Institute for Population and Social Research, Situation of the Thai older persons: Mahidol University; Nakhon Pathom. 2021; 5-6. https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/situation-of-the-thai-older-persons-2021/.
3. Division of Non communicable diseases Ministry of health. Non communicable diseases. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/141165/>
4. Division of Non communicable diseases Ministry of health .Annual report 2017. <http://www.thaincd.com/NCDReport60.pdf>
5. Department of mental health (2562). “Depression” breaks your heart. Check the list of causes and symptoms. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114><https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>.
6. Train the Brain Forum Committee. The Geriatric Depression Scale (TGDS). Siriraj Hospital Gazette 1994; 46(1): 1-9.
7. Beck AT. Cognitive therapy for challenging problems. New York: The Guilford Press. 2005.



8. Arkhom B. Prevalence and factors Associated with Depression among the elderly community residents with chronic diseases in samliam urban primary care unit. *Khon Kaen Srinagarind Med J* 2016; 31(1): 25-33. (In Thai)
9. Sararuk M , Chuntuang C, Chutakulkit S. Factors related to depression among elderly in non- communicable diseases patients receiving services at phoyai sub-district health promoting hospital warin chamrap district ubon ratchatthani province. *Research and Innovation for SDGs in the Next Communicable Diseases Patients Receiving Services at Health Normal* 2022: 241-251. (In Thai)
10. Paungrod N. The study on depression in nonthaburi province elderly. *Princess of narathiwas university journal of humanitics and social scinces* 2005; 2(1): 63-74. (In Thai).
11. Duangnate k. Prevalence and factors associated depress among NCD patients primary care unit of phukieo chalerprakiat hospital. *medical journal of srisaket surin burirum hospital* 2022; 36 (1) 13-24. (In Thai)
12. Suksawat B, Hengudomsub P, Nabkasorn C. The Effects of Group Cognitive Behavioral Modification Program on Hope and Depression among Community-Dwelling Older Adults. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017; (25)1: 95-107.
13. Beck JS. *Cognitive Behavior therapy: Basic and beyond* (2nd edition). New york: The Guilford press. 2011.
14. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. [Internet]. 1998 (cited 2020 June 11);1(1):2–4. Available from: <https://access.portico.org/Portico/auView?auid=vark%253A%252F27927%252Fphwwtrq3nv&auViewType1=PDF>
15. Noisong A. The effects of a cognitive behavioral therapy program on the anxiety and depression among patients receiving renal replacement therapy. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science in psychiatric and mental health nursing faculty of nursing Thammasat university academic year copyright of Thammasat university. 2018 <http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/Tu20185814030051898911267pdf>.
16. Suksawat B, Hengudomsub P, Nabkasorn C. The effects of Cognitive Behavioral Modification Program on hope and depression among community-dwelling older adults. *The journal of faculty of nursing burapha university* 2017; 25 (1); 95-107. (In Thai)
17. Laidlaw K, Mcalpine S. Cognitive behavior therapy : How is it different with older people?. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2008; 26; 250-62.
18. Thato R. *Nursing research : concepts to application* (fourth edition). Chulalongkorn University Printing House. 2018.



19. Little RJA, Rubin DB. Statistical analysis with missing data (2nd ed). New York : John Wiley & Sons. 2002.
20. Chaiyasung P, Sutawatnatcha S, Intakan P, Linchanatcin S. Predictors of depression among older adult with chronic disease in urban area. Journal of Nursing and Education 2013; 6(1): 27-37. (In Thai)
21. DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, Reardon JP, Lovett ML, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Archives of General Psychiatry 2005; 62(4): 417-22.
22. Fishman B, Losscalo M. Cognitive behavioral interventions in management of cancer pain: Principle and applications. Medical Clinics of North America 1978; 71: 271-287.
23. Folkman S, Chesney M, Mckusick L, Ironson G, Johnson DS, Coates TJ. Translation coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed.). The social context of stress: New York: Plenum 1991; 409-416.



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรก ของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

จันทร์ พูลพัฒน์* และ รัตน์ศิริ ทาโต**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยย้อนหลังแบบพรรณนาเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรคที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 110 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระยะเวลาการมาโรงพยาบาล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีค่า KR-20 เท่ากับ .70 แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: 1) ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกมีระยะเวลาเฉลี่ย 119.45 วัน 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ($Beta = -.447$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = -.236$) สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 24.70

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางให้กับพยาบาลในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดระยะเวลาการตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาล

คำสำคัญ: ระยะเวลามาโรงพยาบาล/ มะเร็งเต้านม/ ปัจจัยทำนาย



Factors predicting time to first hospital visit among persons with breast cancer

Jantorn Pullpipat* and Ratsiri Thato**

Abstract

Purpose: to study time to first hospital visit among persons with breast cancer and identify its predictive factors.

Design: Retrospective descriptive predictive research

Methods: The sample consisted of 110 new breast cancer persons at every stage of the disease, who sought treatment at Queen Sirikit Hospital and Chonburi Cancer Hospital. Data were collected using five questionnaires: demographic data form, time to first hospital visit form, knowledge about breast cancer disease, fear of diagnosis and treatment and social support questionnaires. Knowledge about breast cancer disease had KR-20 at .70. The Cronbach's alpha coefficients of fear of diagnosis and treatment and social support questionnaires were .88 and .81 respectively. Data were analyzed using stepwise multiple regression.

Results: The finding revealed that 1) the average time to first hospital visit among persons with breast cancer was 119.45 days, 2) two variables were significant predictors of time to first hospital visit among persons with breast cancer at level .05. There were knowledge about breast cancer disease (Beta=-.447) and social support (Beta=-.236). These two variables could explain 24.70% of time to first hospital visit among persons with breast cancer ($p < .05$).

Conclusion: Result findings can provide an evidenced data for nurses to the development of the program to decrease time to first hospital visit among persons with breast cancer.

Keywords: Time to hospital/ Breast cancer/ Predictive factors



บทนำ

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก จากรายงานสถิติโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้หญิง 2.3 ล้านรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และมีผู้เสียชีวิต 685,000 ราย และในปีพ.ศ.2563 มีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาและยังมีชีวิตอยู่ถึง 7.8 ล้านราย¹ สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเต้านมถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้หญิงไทย คิดเป็นร้อยละ 37.9 ของมะเร็งทั้งหมด มีการตรวจพบโรคอยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ร้อยละ 23.2 และ 23.7 ตามลำดับ² ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดโครงการ WHO Global Breast Cancer Initiative (GBCI) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมทั่วโลกลงร้อยละ 2.5 ต่อปี จะสามารถป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ 2.5 ล้านราย ระหว่างปี 2020-2040 โดยมีแนวทางหลักสามประการในการบรรลุวัตถุประสงค์ คือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยอย่างทันท่วงที และการจัดการมะเร็งเต้านมแบบองค์รวม¹

ถึงแม้ว่าโรคมะเร็งเต้านมจะเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายในอัตราที่สูงและป้องกันการเกิดได้ยากเนื่องจากไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดที่ทำให้เกิดโรคก็ตาม แต่การตรวจพบโรคและให้การรักษาดังแต่ในระยะแรกๆ ที่ก้อนมีขนาดเล็กและก้อนมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่เต้านมยังไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง โดยที่การพยากรณ์ของโรคมะเร็งเต้านมนั้นขึ้นอยู่กับระยะของการตรวจพบโรค อัตราการรอดชีพ 5 ปี ระยะที่ 1 เท่ากับร้อยละ 82.4 ระยะที่ 2 เท่ากับร้อยละ 79.2 ระยะที่ 3 เท่ากับร้อยละ 45.3 และระยะที่ 4 เท่ากับร้อยละ 0 และอัตราการรอดชีพ 5 ปี ของมะเร็งระยะเริ่มแรกสูงกว่าระยะลุกลามร้อยละ 80.3 และ 43.2 ตามลำดับ³ ดังนั้น การตรวจเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นการตรวจหาโรคในระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันและการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทำให้สามารถค้นพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีระยะเวลามาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรกยาวนาน ส่งผลให้โรคมะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ทำให้ลดโอกาสในการรักษาให้หายขาดและอัตราการรอดชีพลดลง ทั้งนี้พบว่า ระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการของมะเร็งเต้านมกับการไปพบแพทย์ครั้งแรกมีระยะเวลามากกว่า 90 วัน⁴ โดยที่ร้อยละ 83.8 พบว่ามาความล่าช้าในการรับการรักษาจากตัวผู้ป่วย และสาเหตุหลักจากตัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาล่าช้าคือผู้ป่วยไม่มีความกังวลกับก้อนที่คลำพบที่เต้านม⁵

อนึ่ง ระยะเวลามาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาคือช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แบ่งระยะเวลาเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 Patient recognition and action phase หมายถึง ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ระยะนี้เป็นระยะที่มีผลต่อระยะเวลาล่าช้า (Total delay time) ระยะที่ 2 Prehospital action phase หมายถึง ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มเดินทางไปพบแพทย์จนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล ระยะที่ 3 Hospital action phase หมายถึง ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการรักษาโดยแพทย์และทีมสุขภาพที่โรงพยาบาล^{6,7}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของ Dracup และคณะ (2003) ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาดังแต่



ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งมารับการตรวจที่โรงพยาบาลครั้งแรก เป็นช่วงเวลาที่เกิดจากการควบคุมของตัวผู้ป่วยเองที่จะมารับการตรวจเร็วหรือช้า (Patient delay)^{6,7} โดยมุ่งเน้นปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมตัดสินใจมารับการตรวจที่โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและ การรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Retrospective descriptive predictive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ในเขตจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรคที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์จากแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกเคมีบำบัด จำนวน 41 คน และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีจากแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา แผนกเคมีบำบัด จำนวน 69 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาล 110 คน โดยการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่งตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรในอัตราส่วน 1:10 เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งนี้ให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งที่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากในโรงพยาบาลเองและผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นใน

จังหวัดชลบุรีและภาคตะวันออก ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและมารับการรักษาจึงมีความหลากหลายสามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม 2565 ถึง 8 พฤศจิกายน 2565

การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 60 ปีบริบูรณ์
2. สามารถจดจำวันแรกที่มีอาการผิดปกติที่เต้านมและวันแรกที่มาตรวจที่โรงพยาบาลได้
3. ระดับความรู้สึกตัวดีโดยประเมินจาก European Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance status อยู่ในระดับ 0-2
4. ผู้ป่วยที่มีการปวดต้องมีคะแนนความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน
5. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
6. ผู้ป่วยยินยอมและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
7. ผู้ป่วยไม่มีโรคมะเร็งอื่นร่วม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้โดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.15 ระดับความเชื่อมั่น (α) = 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 92 คน⁸ และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเก็บข้อมูลเพิ่ม 20% ดังนั้น จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับรายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวในแต่ละเดือน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระยะเวลาการมาโรงพยาบาล ประกอบด้วย อาการผิดปกติที่สังเกตพบ



ครั้งแรก วันที่พบอาการผิดปกติครั้งแรก และวันที่ไปรับการตรวจครั้งแรกที่โรงพยาบาลหลังพบอาการผิดปกติ คำนวณระยะเวลาเป็นจำนวนวัน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมของ สุรกิจ พรชัย (2561)⁹ มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูก ผิด และไม่ทราบ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.83 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.70

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค Mehnert และคณะ (2006)¹⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน และคณะ (2560)¹¹ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นบางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคย มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.92 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของประภัศร ใจศิริ (2553)¹⁹ แล้วปรับปรุงโดย พรพิมล โสพสุกลางกูร (2560)¹² ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริง ไม่แน่ใจ เป็นจริงน้อย ไม่เป็นจริง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.78 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยได้รับการอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย 021/65 วันที่รับรอง 6 ตุลาคม 2565 และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยได้รับการอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย RP031/65 วันที่รับรอง 11 ตุลาคม 2565 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาของการวิจัยและจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาในภายหลังทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังการได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยเพื่อทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา และแผนกเคมีบำบัด เพื่อขอคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการ โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 41 คน และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 69 คน เริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2565 โดยในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆในภายหลังทั้งสิ้น จากนั้นขอความ



ร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและให้เอกสารชี้แจงข้อมูล ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย จึงขอให้ส่งลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนให้แต่ละกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการย้อนระลึกถึงวัน เวลา ที่พบอาการผิดปกติ และวันที่มาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาครั้งแรก ตอบข้อซักถาม และให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

5. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามและรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมจากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 84.50 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท

ขึ้นไป ร้อยละ 49.20 ฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.80 อาการผิดปกติส่วนใหญ่ที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมพบครั้งแรก คือ การคลำพบก้อน รองลงมาคือ มีอาการเจ็บที่เต้านมและเต้านมมีรูปร่างผิดปกติ ร้อยละ 93.60, 35.40 และ 11.80 ตามลำดับ

2. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.90 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 8.47 (S.D.= 1.97) มีความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 56.40 ค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาเท่ากับ 34.75 (S.D.= 10.35) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.80 ค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 68.82 (S.D.= 9.37) และมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกเฉลี่ย 119.45 วัน (S.D.=222.21) ระยะเวลาต่ำสุด 1 วัน ระยะเวลาสูงสุด 1,499 วัน ค่ามัธยฐาน 49 วัน

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วยตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 24.70

สามารถสร้างสมการทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = -0.069 - 0.517X_1 - 0.392X_2$$

$\hat{Y}$ = ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม



X_1 = ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

X_2 = การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\hat{y}} = -0.447Z_{x1} - 0.236Z_{x2}$$

$Z_{\hat{y}}$ = ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

Z_{x1} = ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

Z_{x2} = การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) ของปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (Stepwise multiple regression analysis)

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	Beta	t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	-.517	.096	-.447	5.379	.000
2. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	-.392	.138	-.236	2.843	.005
Constant	-.069	.152		-.452	.652

$R = .511$ adjusted $R^2 = .247$ S.E. = .396

อภิปรายผล

ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรกมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ 3.98 เดือน จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมารับการตรวจครั้งแรกที่ยาวนานหลังพบความผิดปกติของเต้านม อาจเนื่องมาจากอาการผิดปกติของเต้านมที่พบครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง คือ คลำพบก้อนบริเวณเต้านม ที่พบมากถึงร้อยละ 93.60 เมื่อพิจารณาแนววัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมรายข้อพบว่าคำถามข้อ 11 ซึ่งถามว่า “อาการของมะเร็งเต้านมที่รุนแรง มีอาการเจ็บที่เต้านม” คำถามนี้ถ้าตอบว่า “ผิด” จึงจะได้คะแนน มีผู้ตอบแบบสอบถามถูกเพียงร้อยละ 37.30 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่คลำพบก้อนแต่ไม่มีอาการเจ็บปวดจึงไม่กังวลกับก้อนที่ตรวจพบเนื่องจากเข้าใจว่าก้อนที่เต้านมนั้นไม่น่าจะเป็นมะเร็งส่งผลให้มีระยะเวลาการมา

โรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกที่ยาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุวลักษณ์ วงศ์จรโลงศิลป์ และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2562) ที่พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการถึงมาได้รับการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลา มากกว่า 3 เดือน ถึง 6 เดือน ร้อยละ 30 และมากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 31.70 มากกว่า 1 ปีถึง 2 ปี ร้อยละ 26.70 โดยเฉลี่ยแล้วระยะเวลาที่มารับการรักษาล่าช้าประมาณ 15.62 เดือน โดยอาการที่พบมากที่สุดร้อยละ 91.70 ได้แก่ คลำพบก้อนที่เต้านม สำหรับความรู้สึครั้งแรกเมื่อคลำพบก้อนร้อยละ 53.30 ไม่มีความวิตกกังวลคิดว่าไม่เป็นอะไรเพราะไม่มีอาการปวด⁵

ปัจจัยที่สามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมสามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



(Beta = -.447, p=.000) เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.90 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงอุปสรรคในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น รวมถึงโอกาสในการรักษา เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Dracup และคณะ (2003) ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งกระตุ้นด้านการรับรู้ (Cognitive representation) ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงต้องได้รับการรักษามีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ เจตคติ และความเชื่อของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นคุกคามต่อชีวิต บุคคลนั้นจะเกิดการตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา แต่ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ บุคคลนั้นก็จะดูแลรักษาตนเองไม่มาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา^{7,13} โดยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจะทำให้ผู้ที่เป็โรคมะเร็งเต้านมมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อพบอาการผิดปกติบริเวณเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า¹³

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=-.263, p=.005) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.80 เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเป็นจริงมากที่สุด คือ “ท่านได้รับความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัวเมื่อท่านตรวจพบความผิดปกติที่เต้านม” เช่น คลำพบก้อน ร้อยละ 75.50 และ “ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวด้วยการพาไปตรวจหรือบอกให้ไปตรวจมะเร็งเต้านม”

ร้อยละ 75.50 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับกำลังใจ ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวคอยพามารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการ ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Dracup และคณะ (2003) ที่กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Environmental stimuli)^{7,13} ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและตัดสินใจในการมาโรงพยาบาล เช่น การได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลรอบข้าง หรือสื่อต่างๆ อธิบายได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงได้รับกำลังใจ ความห่วงใยจากเพื่อนและบุคคลรอบข้างเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือได้รับคำอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาจากแพทย์และพยาบาล จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมารับการตรวจรักษาที่เร็วขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการชักจูงให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมารับการตรวจที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Odongo และคณะ (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม¹⁴

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ พบว่า อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาไม่สามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยกระตุ้นภายใน (Internal stimuli) อยู่ในส่วนของลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล^{7,13} อายุมีผลต่อพัฒนาการทางด้านความคิด ความเข้าใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุเชื่อว่าอาการผิดปกติ



ที่เกิดขึ้นบริเวณด้านมเกิดจากการสูงวัยและเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติหลังจากหมดประจำเดือน แทนที่จะมองว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง เต้านม¹⁵ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.50 ซึ่งเป็นสตรีที่อยู่ในวัยกลางคน จึงอาจทำให้ตัวแปรอายุมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous group) ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะมีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุมากกว่า 75 ปี¹⁶

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยกระตุ้นภายใน (Internal stimuli) อยู่ในส่วนของลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล^{7,13} การมีรายได้น้อยมีผลกระทบต่อการมารับการรักษาของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม เนื่องจากการมาพบแพทย์และการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะการรักษามะเร็งเต้านมยังต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง¹⁷ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 49.20 และฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 79.10 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา นอกจากนี้คนไทยยังได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาล 3 ระบบใหญ่จากรัฐบาล คือ 1. สิทธิสวัสดิการข้าราชการ 2. สิทธิประกันสังคม และ 3. สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ดังนั้น ฐานะทางเศรษฐกิจจึงอาจไม่มีผลต่อการตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกหลังจากพบอาการผิดปกติ ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Agbeko และคณะ (2020)

ที่ระบุว่า ความพร้อมทางการเงินที่จะใช้จ่ายสำหรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษามีอิทธิพลต่อเวลาที่ใช้ในการแสวงหาการรักษา¹⁸

ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ความกลัวเป็นสิ่งกระตุ้นด้านอารมณ์ (Emotional representation) เป็นความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกลัวว่าอาการดังกล่าวจะเป็นโรคมะเร็ง กลัวการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งความกลัวเหล่านี้มีอิทธิพลมาจากการรับรู้ของบุคคลในการควบคุมภาวะความรู้สึกสบาย^{7,12} อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาไม่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ อาจเนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยีและการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมทำได้ง่ายขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและแนวทางการรักษามากขึ้น จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาในระดับน้อยถึงร้อยละ 56.40 ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ศิลป์ และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2562) ที่พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าส่วนใหญ่เกิดจากตนเองร้อยละ 83.80 และเหตุผลที่มารับการรักษาล่าช้าเนื่องจากกลัวการรักษา ร้อยละ 38.30⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล ควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาโปรแกรมเชิงรุกเพื่อส่งเสริมการมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาครั้งแรกให้กับผู้ที่พบอาการผิดปกติบริเวณเต้านม โดยมุ่งเน้นส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้างเข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการนำผู้ที่พบอาการผิดปกติบริเวณเต้านมมารับการรักษา นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ที่ตรวจพบอาการผิดปกติบริเวณเต้านมมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเร็วขึ้นและสามารถตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระยะเวลาการมาตรวจครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระบบการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

2. การประเมินระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมควรนำข้อมูลจากทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry) มาใช้ในการศึกษาเพื่อเพิ่มความแม่นยำของข้อมูล

3. ควรพัฒนาโปรแกรมเชิงรุกในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาของผู้ที่พบอาการผิดปกติบริเวณเต้านม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ที่ เป็นโรคมะเร็งเต้านมต้องย้อนความรู้สึกและตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัว การวินิจฉัยและการรักษา อาจทำให้ผู้ที่ เป็นโรคมะเร็งเต้านมแยกความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงแรกกับความรู้สึกในปัจจุบันได้ยาก เช่น ความกลัวผลข้างเคียงและอันตรายจากยาที่ใช้ในการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพราะผู้ที่ เป็นโรคมะเร็งเต้านมผ่านประสบการณ์ในการรักษามาแล้ว

References

1. WHO [Internet]. Breast cancer; 2021 [cited 2022 April 30] from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Cancer Registry. Cancer registration at the hospital level. National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health; 2020.
3. Soimadee S. Overall survival and prognostic factors for breast cancer Patients at Vachira Phuket Hospital. Thai cancer J 2017;30(2):62-71.
4. Angela FB, Cristiane MN, Carlos HAbdon, Daniela NN, Emenny LL, Adriano D. Factors associated with time interval between the onset of symptoms and first medical visit in women with breast cancer. Cad Saude Publica. 2020;36(2):1-9.
5. Wongjunlongsin S, Sumdaengrit B. Causes of delayed seeking treatment in Thai women with breast cancer in Ramathibodi Hospital. J Nurs Health Care. 2019; 37(3):201-210. (in Thai)
6. Dracup K, Debra KM, Mickey E, Hendrika M, Angelo AA, Allan B. Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. Soc Sci Medicine. 1995;40(3):379-392.
7. Dracup K, Debra K. Moser, Sharon M, Carol B, Keiko Y, Cho-Ja K, Lynn VD, Mary AC. An International Perspective on the Time to Treatment for Acute Myocardial Infarction. J Nurs Scholarsh. 2003;35(4): 317-323.
8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences, xxi. Hillsdale NJ Erlbaum Assoc. 1998;
9. Pornchai S, Pensirinapa N, Sitakalin P. Factors affecting early doctor visiting behavior among patients with breast tumor at Saraburi Hospital. J Saf Health. 2007;1(2):14-23. (in Thai)
10. Anja M, Petra B, Gerhard H, Peter H. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. Psycho-Oncology. (2009);18: 1273–1280.
11. Wongkuan D. Factors Predicting Sleep Variability in Acute Myocardial Infarction Survivors [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)



12. Sorotkulangkoon P, Thato R. Factors predicting cervical cancer screening among police officer wives in Bangkok. *J Police Nurs.* 2019; 11(2):407-420. (in Thai)
13. Dracup K, Sharon M, Barbara R, Hendrika M, Lynn VD, Debra KM. A Nursing Intervention to Reduce Prehospital Delay in Acute Coronary Syndrome: A Randomized Clinical Trial. *J Cardiovasc Nurs.* 2006;21(3):186-193.
14. Odongo J, Makumbi T, Kalungi S, Galukande M. Patient delay factors in women presenting with breast cancer in a low-income country. *BMC Res Notes.* 2015;8(467):1-6.
14. Huaguo Z, 15. Guorong W, Jina Z, Ying L, Xiaolian J. Patient delay and associated factors among Chinese women with breast cancer A cross-sectional study. *Med.* 2019; 98:40
16. Su JC, Pei-Tseng K, Kuang HH, Yueh-Hsin W, Wen-Chen T. Characteristics of the Delayed or Refusal Therapy in Breast Cancer Patients: A Longitudinal Population-Based Study in Taiwan. *J pone.* 2015;10(6):1-13.
17. Rattanaphasura N. Factors affecting delayed treatment among breast cancer patients in the central-region cancer centers [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2007. (in Thai)
18. Anita EA, Joshua A, Jonathan B, Basil BK, Ishmael K. Seeking healthcare at their 'right' time; the iterative decision process for women with breast cancer. *BMC Cancer.* 2020;20(1011): 1-7.



บทความวิจัย

ผลของการประคบเย็นโดยใช้หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ต่อความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องในผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหาร

โชติกา ทองหล่อ* รัตนศิริ หาโต** ปิ่นหทัย ศุภเมธาวรรณ***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ประคบเย็นและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทดลองรูปแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและมีการวัดซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรกระบบทางเดินอาหารเกี่ยวกับส่วนของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และรอรับการผ่าตัดเปิดช่องท้องที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระยอง จำนวน 40 คน จับฉลากเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่แบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลข มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน $r = .80$ และแบบบันทึกการใช้นวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ประคบเย็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Repeated Measured ANOVA

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องที่ได้รับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

คำสำคัญ: การผ่าตัดเปิดช่องท้อง/ การจัดการความปวดหลังผ่าตัด/ ประคบเย็น/ หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** ผู้รับผิดชอบร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: 6370011936@student.chula.ac.th



EFFECTS OF COLD COMPRESS USING RICE-BERRY PILLOW ON PAIN AFTER OPEN ABDOMINAL SURGERY IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL DISEASE.

Chotika Thonglor*, Ratsiri Thato** and Pinhatai Supametaporn***

Abstract

Purpose: to study the effect of a pain management program using a Rice-berry pillow cold compress in patients with gastrointestinal disease post-abdominal surgery.

Design: Experimental research

Methods: The sample was 40 patients undergoing abdominal surgery at Rayong Hospital, Rayong, Thailand. Forty abdominal surgery participants were studied with matched pairs and random assignment into the experimental and control group. (experimental group 20 patients, control group 20 patients). Patients in the experimental group received a pain management program using Rice- a berry pillow cold compress on the 1st, 2nd, and 3rd day after abdominal surgery. Two times a day before early ambulation for 15 minutes. At the same time, patients in the control group received conventional nursing care. The research instrument was pain management using a Rice-berry pillow cold compress. The instrument for collecting data was the Numerical Rating Scale, and was tested for reliability with Pearson's Correlation of .801. Statistical techniques used in data analysis were independent t-tests and Repeated Measured ANOVA.

Results: The participants in the experimental group had lower mean pain scores than the control group on the 1st, 2nd, and 3rd days after abdominal surgery. Statistically significant .05 ($p < .05$)

Keywords: Open Abdominal surgery/ Postoperative pain management / Cold compress/ Rice-Berry pillow.



บทนำ

โรคระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบมากทางศัลยกรรม และต้องได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเป็นส่วนใหญ่ สำหรับประเทศไทยการผ่าตัดเปิดช่องท้องถือเป็นการผ่าตัดใหญ่สามารถพบได้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยเท่านั้น จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องในประเทศไทย ปี 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยจำนวน 143,153, 150,572 และ 141,600 รายตามลำดับ¹ และจากรายงานสถิติจำนวนผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องโรงพยาบาลระยอง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ปี 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วย 865, 972 และ 1,603 รายตามลำดับ¹ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี โดยการผ่าตัดเปิดช่องท้องมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย² แต่การผ่าตัดเปิดช่องท้องเป็นการลงมือที่ผนังช่องท้อง ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็นพังผืด หลอดเลือดและเส้นประสาท ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยจะมีความปวดแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัด

ความปวดหลังผ่าตัด เป็นความไม่สุขสบายทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ เกิดจากสาเหตุหลัก 2 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย เนื่องจากการทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดเป็นผลให้ปลายประสาทรับรู้สีกปวดที่ผิวหนังหลอดเลือด เนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง พังผืด และกล้ามเนื้อ ถูกกระตุ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อซึ่งได้รับอันตรายนี้จะปล่อยสารเคมีต่างๆ เช่น ProstaglandinsE2 ออกมากระตุ้นปลายประสาทรับรู้สีกปวดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการหลั่งสารเคมีอื่น ๆ เช่น ฮิสตามีน แบรติโคติน ออกมา มีผลให้หลอดเลือดมีการขยายตัว ทำให้บริเวณผ่าตัดมีอาการบวมและกดปลายประสาทรับรู้สีกปวด ผู้ป่วยจึงมีความปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น³ และ 2) ด้านจิตใจ ความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากการปวดแผล ซึ่งทำให้รบกวนและขัดขวางความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและ

การทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องผู้ป่วยอาจมีต่อระบายนเลือดและสายระบายต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วย ไม่กล้าขยับ ไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เนื่องจากอาการปวด หากการจัดการอาการปวดไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อร่างกายในหลายระบบ⁴ โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร จะเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (postoperative ileus) โดยพบได้มากถึงร้อยละ 50 ของการผ่าตัดช่องท้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง มีผลทำให้ท้องอืดแน่น คลื่นไส้อาเจียนและภาวะลำไส้อุดตัน เป็นต้น⁵ การจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัด มีทั้งการใช้ยา (Pharmacological therapy) และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological therapy) ซึ่งการใช้ยาในกลุ่ม Opioid พบว่ามีผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิด ที่อาจส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ ดังนั้นการจัดการความปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาจึงเป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้เสริมฤทธิ์ในการระงับความปวด ช่วยลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด ในปัจจุบันมีวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี ได้แก่ การฝังเข็ม (Acupuncture) การระงับความปวดจากการกระตุ้นปลายประสาท (Transcutaneous electric nerve stimulation: TENS) การกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การกำหนดลมหายใจ การใช้สมาธิบำบัด การสร้างจินตภาพ การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น⁶ จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีเพื่ออธิบายการจัดการความปวด พบว่า มีหลากหลายทฤษฎี อาทิ เช่น หลักของทฤษฎีควบคุมประตูปวด (Gate control theory) ของ Melzack & Wall, 1965⁷ ที่กล่าวคือ กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลัง (spinal gate mechanism) มีระบบควบคุมทางผ่านของกระแสประสาทในระดับไขสันหลังบริเวณ substantia gelatinosa: SG โดยกระแสประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่างๆของร่างกาย จะผ่านใยประสาทขนาดใหญ่และใหญ่ประสาทขนาดเล็ก แล้วไปประสานกับเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งต่อกระแสประสาทที่เรียกว่าเซลล์ที่ (transmission cells) ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของ



เซลล์สมองให้รับรู้และเกิดความรู้สึกปวดขึ้น ถ้าใยประสาทขนาดใหญ่มีปลั๊กกระแสประสาทมากกว่า จะไปกระตุ้นเซลล์เอสจี เป็นผลให้มีการยับยั้งกระแสประสาทที่มาจากกระตุ้นเซลล์ที จึงไม่มีการนำกระแสประสาทความปวดขึ้นสู่สมองเรียกว่า “ประตูปิด” (close gate) ความรู้สึกเจ็บปวดจะไม่เกิดขึ้น การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามที่กล่าวมาข้างต้นบางวิธี (ไม่ใช่ทุกวิธีที่กล่าวมา) เป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ให้ส่งสัญญาณประสาทไปถึง SG cell บริเวณไขสันหลัง ทำให้ประตูถูกปิดกั้น การส่งสัญญาณไปยังไขสันหลังลดลงและช้าลง เป็นผลให้อาการปวดลดลง เป็นต้น ซึ่งงานนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีนี้ มาอธิบายได้เช่นกัน

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล สำหรับการใช่วิธีการประคบเย็น สามารถนำมาใช้ในการลดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเย็นมีผลช่วยลดความเร็วในการส่งกระแสประสาท ทำให้เกิดอาการชาเล็กน้อย และช่วยเพิ่มความทนต่อความปวด⁸ ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการบวมของแผลผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจการประคบด้วยความเย็น เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้อุปกรณ์ประคบเย็นที่หลากหลาย เช่น ถูน้ำแข็ง (icepack), เจลเย็น (cold pack)⁹ และ ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น¹⁰ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าข้อจำกัดในการศึกษา คือ เรื่องการเก็บรักษาอุณหภูมิความเย็นของตัวน้ำแข็งและการนำไปปรับใช้ให้เข้ากับสรีระร่างกาย ดังนั้นผู้วิจัยได้มองเห็นช่องว่างของความรู้ในส่วนนี้ จึงนำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาสร้างเป็นนวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ประคบเย็น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันมีการนำสารจำพวกแป้งมาศึกษาวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์มากขึ้น¹¹ ด้วยจุดเด่นที่เป็นสารจากธรรมชาติ ไม่เป็นอันตราย มีปริมาณมากและถือเป็นสารหมุนเวียนได้ราคาไม่แพง รวมทั้งยังย่อยสลายเองได้ตามธรรมชาติ ดังเช่นการศึกษาของภักทิรา สุขชนารักษ์ และเบญทิวา สุรศาสตร์พิศาล (2564)¹² เรื่องแผ่นเจลประคบข้าวไรซ์เบอร์รี่จากแป้งมัน

สำปะหลังสำหรับประคบร้อน-เย็น ผลการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการประคบเย็นพบว่าแผ่นเจลแป้งมันสำปะหลังสามารถกักเก็บอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงการบำบัด (10-15 °C) ได้เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 15-20 นาที โดยประสิทธิภาพในการกักเก็บอุณหภูมิด้วยการแช่ในช่องแข็ง สามารถกักเก็บอุณหภูมิได้นานกว่าแผ่นเจลมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจ พัฒนานวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่สำหรับประคบเย็น เนื่องจากคุณสมบัติของข้าวไรซ์เบอร์รี่ที่เกิดจากการพัฒนาพันธุ์ข้าว เมืองศรประกอบของเมล็ดข้าวร้อยละ 80 ของน้ำหนักเมล็ดทั้งหมด ส่วนใหญ่ประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรตหรือแป้ง (starch) ซึ่งองค์ประกอบหลักของเมล็ดข้าวไรซ์เบอร์รี่เป็นแป้งคล้ายกับคุณสมบัติทางเคมีกายภาพของแป้งมันสำปะหลัง จึงอาจเป็นไปได้ว่าเมล็ดข้าวไรซ์เบอร์รี่จะมีคุณสมบัติในการกักเก็บอุณหภูมิความเย็นได้ดีเช่นกัน นอกจากนี้เมล็ดข้าวมีลักษณะเป็นเม็ดเล็กละเอียด เมื่อ บรรจุในวัสดุที่เป็นผ้าจะสามารถปรับเข้ารูปร่างกายผู้ป่วยและมีการกระจายน้ำหนักได้ดี ผู้วิจัยจึงนำมาประดิษฐ์เป็นหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่สำหรับประคบเย็น เพื่อลดความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ดังกล่าวแล้ว ทั้งนี้ยังไม่ พบว่ามีศึกษามาก่อน ผลที่ได้จากการศึกษา จะเป็นประโยชน์สำหรับเป็นแนวทางในการจัดการความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องควบคู่กับการใช้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ประคบเย็นและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องที่ใช้หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ประคบเย็น ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ประคบเย็นต่อความปวดของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องวิจัยเชิงทดลอง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทดลอง (experimental research) รูปแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและมีการวัดซ้ำ โดยศึกษาในผู้ป่วย อายุ 18-65 ปี ที่มารับบริการที่ตึก ศัลยกรรม โรงพยาบาลระยอง ในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน 2565

นิยามศัพท์

1. การประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ หมายถึง การประคบเย็นหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องด้วยหมอนที่ทำจากผ้าฝ้ายซึ่งมีคุณสมบัติดูดซับน้ำ ระบายนานได้ดี และเป็นฉนวนกันความร้อน ดัดเย็บเป็นรูปทรงคล้ายตัว U มีช่องซิปเปิด-ปิด สำหรับใส่เมล็ดข้าวไรซ์เบอร์รี่ และน้ำหนักรวมไปแช่แข็งเป็นเวลา 2 ชั่วโมง จนมีอุณหภูมิ 10-15 °C ตรวจสอบอุณหภูมิโดยเทอร์โมมิเตอร์แบบรังสีความร้อน (Thermal Radiation Thermometer) ใช้ประคบในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด วันละ 2 ครั้ง ประคบก่อนผู้ป่วยทำกิจกรรมกระตุ้นลูกเดิน (early ambulation) คือเวลา 09.00 น. และ 13.00 น. แต่ละครั้งประคบเป็นเวลา 15 นาที

2. ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบทางเดินอาหารเกี่ยวกับส่วนของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ถุงน้ำดี ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในช่องท้อง ที่แพทย์นัดมาผ่าตัดและที่มาแบบฉุกเฉิน

3. ความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารภายหลังได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา เกิดร่วมกับการที่เนื้อเยื่อของ

ร่างกายได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่เป็นผู้บอกถึงความรุนแรงของความปวดในระดับใด ประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบมาตรวัดตัวเลข (numerical rating scale: NRS) เป็นการใช้ตัวเลขมาช่วยในการบอกระดับความรุนแรงของความปวดโดยกำหนดตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกตัวเลขเพื่อระบุความรุนแรงของความปวดที่กำลังประสบ

4. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ประจำของหอผู้ป่วย โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วย การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจก่อนผ่าตัด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดตามกิจวัตร ได้แก่ การดูแลให้ได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ การดูแลแผลผ่าตัด ตลอดจนการประเมินสัญญาณชีพ และการตรวจเยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อติดตามความปวดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบทดลอง (experimental research) รูปแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและมีการวัดซ้ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร ที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องในโรงพยาบาลระยอง ระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบทางเดินอาหารเกี่ยวกับส่วนของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ถุงน้ำดี ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และรอรับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระยอง ซึ่งจำนวนของกลุ่ม



ตัวอย่างได้มาจากคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.6 โดยกำหนดขนาดอิทธิพลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ความเย็นประคบของ ลักษณะ มรกต (2548) ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.85 ซึ่งประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.5 กำหนด Alpha error probability = 0.05, Power = 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 ราย อย่างไรก็ตามในการใช้การทดสอบแบบพาราเมตริกและแบบไม่อิงพารามิเตอร์ จำนวนผู้ป่วยขั้นต่ำที่แนะนำสำหรับการศึกษาเชิงทดลองและการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม คือ อย่างน้อย 30 ราย⁹ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากและดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยการจับคู่ (Matched pairs) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่เคยได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องมาก่อน 2) ไม่มีประวัติติดยาเสพติด หรือใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำ 3) มีความรู้สึกตัวดี 4) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
2. กำหนดคุณสมบัติคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดรุนแรง ที่ทำให้ระดับความรู้สึกและประสาทสัมผัสเปลี่ยนไป 2) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ต้องห้ามใช้ความเย็นได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 3) ผู้ที่มีภาวะเนื้อเยื่อถูกทำลายจากความเย็น (frostbite)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 เครื่องมือที่ใช้การทดลอง ประกอบด้วย 1) หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่เย็น (อุณหภูมิ 10-15 °C) 2) เทอร์โมมิเตอร์แบบดิจิตอล และ 3) นาฬิกาจับเวลา

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, การวินิจฉัยโรค, ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว, ประสบการณ์การผ่าตัด, ชนิดของการผ่าตัด, ระยะเวลาการผ่าตัด, ชนิดการได้รับยาาระงับความรู้สึก, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด, ขนาดแผลผ่าตัด, สาย/ท่อระบายหลังผ่าตัด จำนวนครั้งและขนาดของยาแก้ปวดที่ได้รับ, 2) แบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลข (numerical rating scale: NRS) สร้างโดย Jensen, Karoly¹³ เป็นการใช้ตัวเลขมาช่วยในการบอกระดับความรุนแรงของความปวดโดยกำหนดตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอกตัวเลขเพื่อระบุความรุนแรงของความปวดที่กำลังประสบ มาตรวัดตัวเลขนี้แบ่งระดับความปวดเป็นตัวเลข ดังนี้ ไม่มีความปวด = 0 คะแนน ปวดเล็กน้อย = 1-3 คะแนน ปวดปานกลาง = 4-6 คะแนน ปวดมากถึงมากที่สุด = 7-10 คะแนน

3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการใช้นวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ ที่ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและตำแหน่งของการวางประคบหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่และการบันทึกเกี่ยวกับครั้งที่ วันที่/เวลาที่เริ่มประคบ อุณหภูมิของหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ pain score ก่อนประคบ และ pain score หลังประคบ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำนวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ประคบเย็นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดจำนวน 5 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ลงความเห็นว่าเป็นนวัตกรรมมีความน่าสนใจ คิดเป็นร้อยละ 100 มีความแปลกใหม่ ร้อยละ 95 เป็นการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ร้อยละ 95 สะดวกและง่ายต่อการใช้งาน ร้อยละ 85 ต้นทุนการผลิตต่ำคุ้มค่าต่อการใช้งาน ร้อยละ 100 มีความคงทน สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก ร้อยละ 90 และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเรื่องระมัดระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและเรื่องของความสะอาด ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเพิ่มเรื่องการป้องกันการติดเชื้อโดยจะให้ใช้แผ่นฟิล์มกันน้ำและบริเวณแผลผ่าตัดผู้ป่วยก่อนการประคบ สำหรับเรื่องการรักษาความสะอาด ผู้วิจัยจะใช้หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ 1 ชุด ต่อ 1 ผู้ป่วย โดยภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการประคบ จะนำเมล็ดข้าวออก และนำปลอกหมอนไปแช่น้ำยาฆ่าเชื้อและซักทำความสะอาดก่อนนำกลับมาใช้ใหม่ ในส่วนของเมล็ดข้าวจะนำไปแปรรูปเป็นอาหารสัตว์เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อไป หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมของขนาดและรูปแบบของหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ ซึ่งพบว่ารูปแบบหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับกายวิภาคและสรีระบริเวณหน้าท้องของผู้ป่วยทั้ง 3 ราย

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่เป็น

นวัตกรรม เป็นการตรวจสอบว่า อุณหภูมิของหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่อยู่ในช่วงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 10-15°C จึงต้องมีการตรวจสอบอุณหภูมิด้วยเทอร์โมมิเตอร์แบบรังสีความร้อน (Thermal Radiation Thermometer) ทุกครั้งก่อนการใช้งาน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้เทอร์โมมิเตอร์ ที่ผ่านการตรวจสอบจากบริษัทผู้ผลิต เครื่องเดียวตลอดการวิจัย

3. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลข (numerical rating scale: NRS) สร้างโดย Jensen et al. (1986) เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีการนำมาใช้ประเมินความปวดในประชากรหลายกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้มาประเมินความปวดในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยด้วยวิธีวัดซ้ำก่อนนำไปใช้ (Test-retest procedure) โดยวัดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องห่างกัน 1 ชั่วโมง นำคะแนนความปวดจากการวัดในครั้งที่ 1 และ 2 มาหาความสัมพันธ์กันด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าได้ค่า $r = .801$ แสดงว่าแบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลขมีความคงที่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้จะเริ่มดำเนินการเมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง วันที่ 10 สิงหาคม 2565 เลขที่และรหัสโครงการ RYH 018/2565 ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยทุกคนรับทราบ วัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ และมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจรับทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการได้รับการบริการสุขภาพ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจากกระทำในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล คำถามหรือเนื้อหาไม่สามารถใช้สืบค้นกลับเพื่อระบุตัวบุคคลได้ การยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือในการวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาต



เก็บรวบรวมข้อมูล และขอใบรับรองโครงการวิจัยผ่าน คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลระยอง

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการและ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลระยอง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อแจ้ง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอใช้สถานที่ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จากข้อมูลที่มีอยู่ในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้และผู้ป่วยในการดูข้อมูลจาก แฟ้มประวัติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ กำหนด ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผล ต่อความปวดหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยจัดให้ทั้งสอง กลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ ชนิดของ การผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัดและการได้รับยาบรรเทา ปวด จากนั้นทำการสุ่มคู่ของกลุ่มตัวอย่างโดยการจับ ฉลาก เพื่อเข้าเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่ผู้ป่วยจะได้รับ ขอ ความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจง ถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อแล้ว ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วย ประเมินความรู้สึกปวด

4.การดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติที่กำหนดไว้ประจำของผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการพยาบาลใน ระยะหลังกลับจากห้องผ่าตัด ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว แผลผ่าตัด ท่อระบายต่างๆ และให้การ พยาบาลที่จำเป็น ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและ สารอาหารเพียงพอ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินความปวดและให้ยาบรรเทาปวด ประเมินการ

หายใจ ติดตามผลการรักษา และรายงานแพทย์เมื่อพบ ความผิดปกติ

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ ผู้วิจัยใช้ นวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ประคบเย็น ทั้งหมด 2 ครั้ง/ วัน โดยประคบก่อนผู้ป่วยทำกิจกรรมกระตุ้นลูกเดิน (early ambulation) 30 นาที กำหนดตามช่วงเวลาการ ทำกิจกรรมลูกเดินของหอผู้ป่วย (เวลา 09.00 และ 13.00) ครั้งละ 15 นาที เป็นเวลา 3 วันหลังการผ่าตัด เปิดช่องท้อง รวมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยการประคบเย็นด้วย หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ จะวางหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ ประคบ บริเวณหน้าท้องได้ขยายโครง ประคบเป็นเวลา 15 นาที โดยจะมีการเปลี่ยนหมอนใบใหม่ทุก 5 นาที เพื่อควบคุม อุณหภูมิ 10-15 องศาเซลเซียส ดังนั้น ในแต่ละครั้งจะ เปลี่ยนหมอน 3 ใบ

เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร หลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง จะ มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง สูงถึงร้อยละ 88 โดยร้อยละ 95 จะปวดมากในวันแรก และลดลงเหลือ ร้อยละ 76 และ 49 ในวันต่อมา¹⁴ และในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ผู้ป่วยควรมีการลุกเดิน โดยเร็วเพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (postoperative ileus) โดยพบได้มากถึงร้อยละ 50 ของ การผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งจากการศึกษาของศิริพรรณ ภมรพล (2559)⁴ กล่าวว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจะมีความ ทุกข์ทรมานจากความปวดแผล ซึ่งทำให้รับกวนและขัด ขวางความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำ กิจกรรมต่างๆ และผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปิดช่องท้อง ร้อยละ 86 ไม่พร้อมที่จะลุกเดินจากเตียง โดยเร็วภายหลังผ่าตัด เนื่องจากรู้สึกปวดแผลเพิ่มขึ้น ขณะขยับตัว ทำให้ไม่ต้องการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึง ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ยังพบว่า ร้อยละ 7 มีความปวด 8-10 คะแนน และ ร้อยละ 56 มีความปวด 4-7 คะแนน ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้รับบริการร้อยละ 44 ยังคงมีความปวด ระดับปานกลางถึงระดับมากในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ดัง



นั้นการจัดการกับความปวดแบบไม่ใช้ยาก่อนการทำการกิจกรรมลุกเดินโดยเร็ว จึงเป็นการช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ดีขึ้น

5. ผู้วิจัยประเมินความปวดในกลุ่มทดลอง ด้วยแบบประเมินความปวดแบบตัวเลข ทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ และในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน ในก่อนและหลังการพยาบาลตามปกติ

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลต่างๆ คะแนนที่ได้จากการประเมินความปวดก่อนและหลังการประคบเย็น ในวันที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics Package for Social Sciences (SPSS) และแยกแยะวิเคราะห์ ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา, ตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัด, และระยะเวลาการผ่าตัดและการได้รับยาบรรเทาปวด โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง วันที่ 1, 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ Repeated-measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยก่อนการทดลอง (Pretest) และหลังการทดลอง (Posttest) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังการผ่าตัด โดยใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 เพศหญิง ร้อยละ 45 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ อายุ 18-40 ปี โดยในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 45 และ 45 ตามลำดับ และกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 50 และ 45 ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค คือ ไส้ติ่งอักเสบ รองลงมา คือ โรคลำไส้อุดตัน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 30 ตามลำดับ ชนิดการผ่าตัดเปิดช่องท้องเป็นแบบ Exploratory Laparotomy มากที่สุด รองลงมาคือ Appendectomy คิดเป็นร้อยละ 55 และ 40 ตามลำดับ ซึ่งสัดส่วนชนิดของการผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดช่องท้อง คือ การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) คิดเป็นร้อยละ 100 ประสพการณ์ผ่าตัดส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 97.5

ส่วนที่ 2 คะแนนความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2, และ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนการทดลอง (pretest) และหลังการทดลอง (posttest) ของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง วันที่ 1, 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คะแนนความปวดเฉลี่ย		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
		̄X	S.D.	̄X			
S.D.							
หลังผ่าตัดวันที่ 1							
9 am.	Pretest	5.75	.85	6.00	1.25	-.737	.233
	Posttest	5.75	.85	4.40	1.23	4.034	.000*
1 pm.	Pretest	5.55	.88	5.50	.94	.172	.432
	Posttest	5.55	.89	4.20	1.05	4.377	.000*
หลังผ่าตัดวันที่ 2							
9 am.	Pretest	4.50	.94	4.55	1.05	-.158	.438
	Posttest	4.45	1.05	3.70	.97	2.337	.012*
1 pm.	Pretest	3.85	.81	4.10	1.11	-.808	.212
	Posttest	3.75	.91	3.15	1.13	1.842	.037*
หลังผ่าตัดวันที่ 3							
9 am.	Pretest	3.10	.72	3.45	.99	-1.272	.105
	Posttest	2.90	.64	2.45	.82	1.926	.031*
1 pm.	Pretest	2.80	.52	2.80	1.05	0.0	.50
	Posttest	2.60	.50	1.80	1.10	2.947	.003*

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความปวดเฉลี่ยที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 เวลา 9.00 น. และ 13.00 น. กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ 5.75(S.D.= .85), 5.55(S.D.= .88), 4.50(S.D.= .94), 3.85(S.D.= .81), 3.10(S.D.= .72) และ 2.80(S.D.= .52) ตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนได้รับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ 6.0(S.D.= 1.25), 5.50(S.D.= .94), 4.55(S.D.= 1.05), 4.10(S.D.= 1.11), 3.45(S.D.= .99) และ 2.80(S.D.= 1.05) ตามลำดับ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความ

ปวดหลังการผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 เวลา 09.00 น. และ 13.00 น. ที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติที่ (independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > 0.05$)

ส่วนที่ 3 คะแนนความปวดหลังผ่าตัดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ



จากตารางที่ 1 คะแนนความปวดเฉลี่ยที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 เวลา 09.00 และ 13.00 น. กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการพยาบาลปกติ 5.75(S.D.= .85), 5.55(S.D.= .89), 4.45(S.D.= 1.05) 3.75(S.D.= .91), 2.90(S.D.= .64) และ 2.60(S.D.= .50) ตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ 4.40(S.D.= 1.23), 4.20(S.D.= 1.05), 3.7(S.D.= .97), 3.15(S.D.= 1.13), 2.45(S.D.= .82) และ 1.8(S.D.= 1.10) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติที (independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนความปวดของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง วันที่ 1, 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ Repeated-measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 2 Repeated measures ANOVA of pain

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Between subjects					
Intercept	3330.150	1	3330.150	965.75	<.001*
Group	46.817	1	46.817	13.577	<.001*
Error	131.033	38	3.448		
Within group					
Time	270.85	3.616	74.904	135.663	<.001*
Time * Group	7.283	3.616	2.014	3.648	.009*
Error (pain)	75.867	137.407	.552		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่ม ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 13.577$, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.648$, $p = .009$)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ ดังนี้

การประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประยุกต์ใช้ นวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยในการจัดการกับความปวดภายหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง เป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่นำหลักการประคบเย็นเข้ามามีส่วนในการช่วยลดการส่งต่อ กระแสประสาทความปวดชนิดเอเดลต้า (A-delta) และ ซีไฟเบอร์ (C fiber) จากไขสันหลังไปสู่สมองทำให้การรับ



รู้ความเจ็บปวดลดลง ตามทฤษฎีควบคุมประตูปวดของ เมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) ร่วมกับการใช้เมล็ดข้าวไรซ์เบอร์รี่เป็นตัวเก็บอุณหภูมิ(อรรถวรรณ คล้ายสังข์, 2563) ด้วยจุดเด่นที่เป็นสารจากธรรมชาติ ไม่เป็นอันตราย มีปริมาณมากและถือเป็นสารสมุนไพร ได้ราคาไม่แพง รวมทั้งย่อยสลายได้เองตามธรรมชาติ จึงเหมาะกับการนำมาประยุกต์พัฒนาเป็นนวัตกรรมที่ใช้ สำหรับการพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้ผลการทดสอบสมมติฐาน ด้วยสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ มีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ในวันที่ 1, 2 และ 3 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) แสดงว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ มีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทุกช่วงเวลา ซึ่งอธิบายได้ตามหลักทฤษฎีควบคุม ประตูปวดของเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) ได้ว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด จะมีการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่อในร่างกายและเส้นประสาทในช่องท้อง จึงเกิดความปวดเฉียบพลัน ทำให้เกิดการกระตุ้นตัวรับสัมผัส ความปวดจนเกิดเป็นกระแสความปวด ส่งกระแสประสาทไปตามใยประสาททอเดลดต้า (A-delta fiber) และใยประสาทซี (C fiber) ซึ่งมีผลไปยังยังการทำงานของเซลล์เอสจี (SG cell) ส่งผลทำให้กระแสประสาทจากเซลล์ที (T cell) เพิ่มขึ้น ประตูกจึงเปิด ส่งสัญญาณประสาทไปยังเรติคูลาร์ฟอรัมเมชัน (Reticular formation) ที่ก้านสมอง แล้วส่งสัญญาณต่อไปยังสมองส่วนทาลามัส ซึ่งจะแปลสัญญาณเป็นความปวด (McLain and Weinstein, 2003) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปวดเฉียบพลัน

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายผลของความเย็นต่อการลดความปวด ได้ดังนี้ ในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัด ความปวดมีสาเหตุมาจากการทำลายของเนื้อเยื่อและใยประสาท การจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นบริเวณแผลผ่าตัด ความเย็นจะทำให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่ผิวหนังและไปกระตุ้นปลายประสาทอิสระบริเวณใยประสาทส่วนปลายของกลุ่มเส้นใยประสาทซีไฟเบอร์ (C-fiber) ทำให้อัตราการขนส่งผ่านประสาทความปวดของเส้นประสาทขนาดเล็กเอเดลตา (A-delta fiber) และเส้นใยประสาทซี (C fiber) ลดลง กระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ชนิดเอเบต้า (A-beta) ประสานงานกับเอสจีเซลล์ (SG cell) ทำให้เกิดการยับยั้งกระแสประสาทความปวด ไม่ให้ทีเซลล์ (T cell) ส่งกระแสประสาทไปยังสมอง ให้แปลผลการรับรู้ความปวด จึงส่งผลให้ศักยภาพในการรับกระแสประสาทความรู้สึกปวดลดลง ประตูความปวดจึงปิด เป็นผลทำให้เกิดการเพิ่มขีดกันของความรู้สึกปวด (elevate pain threshold) ความปวดจึงลดลงตามทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแซคและวอลล์⁷ ซึ่งเมื่อผู้วิจัยนำหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ไปแช่ช่องเย็น ควบคุมให้มีอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับการประคบ คือ ระหว่าง 10-15 องศาเซลเซียส และนำมาประคบบริเวณแผลผ่าตัดเปิดช่องท้อง เป็นเวลา 15 นาที การกักเก็บอุณหภูมิความเย็นของเมล็ดข้าวไรซ์เบอร์รี่ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ความเย็นสามารถส่งต่อไปยังตัวรับอุณหภูมิบริเวณผิวหนังได้ดี ส่งผลในการช่วยลดความเร็วของการส่งกระแสประสาทความปวด มีผลทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องรู้สึกปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเกศริน อินธิยศ และคณะ (2564) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็น ร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อระดับความปวดและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยนิ่วเวทที่ได้รับ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด หลังลุกนั่งบนเตียง หลังลงมานั่งข้างเตียงหลังเดินรอบเตียง น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมกับช่วงเวลาที่วัดมีผลต่อคะแนนความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศของ Watkins et al. (2014) ที่ใช้การประคบเย็น (ice pack) ในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความปวดลดลงหลังผ่าตัดวันที่1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.005$)



นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยาบรรเทาปวดในช่วง 3 วัน หลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ มีจำนวนครั้งของการได้รับยาบรรเทาปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยในการศึกษานี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 2 และ 3 ในทั้ง 2 ช่วงเวลาที่มีการลดลงเพียงเล็กน้อย (วันที่ 2 $\bar{X} = 4.50$, $\bar{X} = 4.45$ และ วันที่ 3 $\bar{X} = 3.10$, $\bar{X} = 2.90$) แสดงถึงการพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องของหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่งเท่านั้น ซึ่งการเพิ่มการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่จะส่งผลให้การบรรเทาความปวดหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการประคบเย็นมีผลทำให้ความปวดลดลงมากขึ้น แสดงถึงความปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องควรจะต้องได้รับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้นจากการพยาบาลตามปกติ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความปวดและลดการรักษาโดยใช้ยาบรรเทาปวด และลดผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารที่ใช้หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ประคบเย็น ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้เฉพาะการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเรื่องผลของการประคบเย็นโดยใช้หมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ ต่อความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร พบว่า สามารถนำมาใช้ในการ ส่งเสริมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วย โรคระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดเปิดช่อง ท้องได้ ผู้ป่วย

หลังผ่าตัดเปิดช่องท้องที่ได้รับการประคบเย็นด้วยหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่จะมีความปวดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องมีการฟื้นตัวทางด้านร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ประเด็นขึ้นสำหรับการเสนอแนะและการนำไปใช้

1. การนำนวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ไปใช้ในการประคบเย็น ควรมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค จึงควรใช้กับผู้ป่วย 1 รายต่อหมอน 1 ชุด เท่านั้น
2. นวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ มีเมล็ดข้าวเป็นองค์ประกอบหลัก ซึ่งข้าวเป็นสารอินทรีย์ที่อาจพบปัญหาเชื้อราและมอดได้ จึงต้องมีการตรวจสอบก่อนใช้งานทุกครั้ง

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ในครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษานำร่อง ซึ่งควรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมและพัฒนานวัตกรรมต่อยอดเพื่อให้มีความเป็นมาตรฐานมากขึ้น สามารถนำนวัตกรรมไปใช้ได้หลากหลายยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนานวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องสัดส่วนน้ำหนักของหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ในการประคบต่อน้ำหนักของผู้ป่วย เพื่อให้นวัตกรรมมีความเป็นมาตรฐานมากขึ้น
2. การพัฒนานวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวช่วยหรือสารที่ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการกักเก็บอุณหภูมิของเมล็ดข้าวไรซ์เบอร์รี่ เพื่อจะทำให้การเก็บรักษาอุณหภูมิความเย็นได้นานขึ้น
3. การพัฒนานวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการเก็บรักษาของนวัตกรรมหมอนข้าวไรซ์เบอร์รี่ เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อรา



References

1. Healtharea.net [Internet]. Bangkok. Health Administration Division; 2022. [updated 2023 July 31; cited 2023 August 5]. Available from: <http://cmi.healtharea.net/site/index>.
2. Sarawut S. Effect of Pre-Operative Preparing Program on Recovery in Post Abdominal Sugery Patients. Huachiew Chalermprakiet Sci Technol J. 2017;20(40):101-113.
3. Blakely WR. Pathophysiology of Pain in Critically Ill Patients. Critical care nursing clinics of North America. 2001;13(2):167-179.
4. Siriphan P. The Role of Nurses in Promoting Early Postoperative Ambulation. TRC Nurs J. 2016;9(2):14-23.
5. Wanrayaporn K, Khanokporn S, Rojane C. Effect of Nursing Care Based on Theory of Goal Attainment on Postoperative Recovery among Elders with Abdominal Surgery. Nursing J. 2014;41(2):83-96. (in Thai)
6. Rao M. Acute post operative pain. Indian J Anaesth. 2006;50(5):340-344.
7. Melzack, Wall. Pain Mechanisms: A New Theory. Science. 1965;971-979.
8. Sauls J. The use of ice for pain associated with chest tube removal. Pain Manag Nurs. 2002;3(2):44-52.
9. Ozkan B, Cavdar I. The Effect of Cold Therapy Applied to the Incision Area After Abdominal Surgery on Postoperative Pain and Analgesic Use. Pain Manag Nurs. 2021;22(6):775-782.
10. Sasinaporn L, Boonying T. The Effect of Cold Compress Belly Band on Cesarean Incision Pain Among Post-Cesarean Section Delivered Mothers. JFONUBUU. 2019;27(1):23-32.
11. Ismail H, Irani M, Ahmad Z. Starch-based hydrogels: present status and applications. Int. J. Polym. Mater. Polym. Biomater. 2013;62(7):411-420.
12. Pattira S, Benthwi S. Invented Gel Pack from Cassava Starch for Hot-Cold Compress. J. Res. Unit Sci. Technol. 2021;12(2):316-329.
13. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain. 1986;27(1):117-126.
14. Orawan Klaisung & Supaporn Silalertdetkul. Effects of Thai herb ball combined with berry rice formula on pain level of neck and range of neck motion. JTT Med Res. 2020; 6(1):55-72.
15. McLain R.F. & Weinstein J.N. Orthopedic surgery: Handbook of Pain Management. 2003;435-541.
16. Ketsarin Inthiyot et al. Impact of Combined Application of Cold Compression and Abdominal Binder as a Pain Management Method on Pain Levels and Postoperative Ambulation in Gynecological Patients Having Undergone Open Abdominal Surgery. JTNMC. 2021; 36(3):83-102.
17. Watkins et al. Ice Packs Reduce Postoperative Midline Incision Pain and Narcotic Use: A Randomized Controlled Trial. J Am Coll Surg. 2014; 219(3):511-517.



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบสมัคร สมาชิกรวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)

☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน

โทรศัพท์ e-mail

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)

.....
.....
.....

มีความประสงค์จะ ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ปี..... ☐ ต่ออายุสมาชิก ปี.....

ค่าสมาชิก 1 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

โดยสมาชิกสามารถอ่าน และ Download วารสารฉบับ ON LINE ผ่าน www.tci-thaijo.org

(หมายเหตุ: ท่านสามารถสมัครสมาชิกได้มากกว่า 1 ปี)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

(ตัวอักษร)

และได้ชำระเงินค่าสมาชิกเป็น

☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ เลขที่ 152-068468-7
(โปรดส่งสำเนาการโอนเงิน แนบพร้อมกับใบสมัครมาที่กองบรรณาธิการ)

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

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

✉ กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

☎ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต หญิง ดร.ปณัญญ์ นันไทยทวีกุล (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : อีระพงษ์ ยุพาทิง

โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130 E-mail address: jnsu@chula.ac.th

Download คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับและใบสมัครสมาชิกฯ ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/CUNS>

รายนามคณาจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.รัตน์ศิริ	ทาโต	Prof. Dr. Ratsiri Thato
รศ.ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ	Assoc. Prof. Dr. Penpaktr Uthis
รศ.ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข	Assoc.Prof.Pol. Capt. Dr. Rapin Polsook
รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์	สาส์ตย์	Assoc. Prof. Capt. Dr. Siriphan Sasat
รศ.ดร.สุรีพร	ธนศิลป์	Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp
รศ.ดร.อารีย์วรรณ	อ่วมตานี	Assoc. Prof. Dr. Areewan Oumtanee
ผศ.ดร.นพมาศ	พัทธอง	Asst. Prof. Dr. Noppamat Pudtong
ผศ.ดร.นรลักษณ์	เอื้องกิจ	Asst. Prof. Dr. Noraluk Ua-kit
ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์	นันทไทยวิทกุล	Asst. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanat Nunthaitaweekul
ผศ.ดร.ปิ่นหทัย	ศุภเมธพร	Asst. Prof. Dr. Pinhatai Supametaporn
ผศ.ดร.เพ็ญภา	แดงด้อมยุทธิ์	Asst. Prof. Dr. Pennapa Dangdomyouth
ผศ.ดร.รัชนิกร	อุปเสน	Asst. Prof. Dr. Ratchaneekorn Upasen
ผศ.ร.อ.หญิง ดร.วาสนี	วิเศษฤทธิ์	Asst. Prof. Capt. Dr. Wasinee Wisesrith
ผศ.ดร.สุตาพร	สถิตยुทธการ	Asst. Prof. Dr.Sudaporn Stithyudhakarn
ผศ.ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง	Asst. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring
ผศ.ดร.สุนิดา	ปรีชาวงษ์	Asst. Prof. Dr. Sunida Preechawong
ผศ.ดร.สุนิศา	สุขตระกูล	Asst. Prof. Dr. Sunisa Suktrakul
ผศ.ดร.สุรศักดิ์	ตรีชัย	Asst. Prof. Dr. Surasak Treenai
ผศ.ดร.สุวิมล	โรจนาวี	Asst. Prof. Dr. Suwimon Rojnawee
อ.ดร.ชลลดา	จงสมจิตต์	Lecturer Dr. Chollada Jongsomjitt
อ.ดร.ศกุนตลา	อนูเรือง	Lecturer Dr. Sakuntala Anuruang
อ.ดร.ศิริภา	จิตติมณี	Lecturer Dr. Sirinapha Jittimanee
อ.ภาวิณี	ชัยกลาง	Lecturer Parvinee Saiklang
อ.สินีนาท	วราโศค	Lecturer Sineenat Waraphok

รายนามคณาจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ	ทาโต
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา	วัฒมา
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน	อังสุโรจน์
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสิณี	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	นันทไทยทวีกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย	ศุภเมธภาพร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา	แดงด้อมยุทธ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร	อุปเสน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร	สถิตยुทธการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา	ปรีชาวงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา	สุขตระกูล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์	ตรีนัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล	โรจนาวี
อ.ดร.กาญจณี	พันธุ์ไพโรจน์
อ.ดร.ชลลดา	จงสมจิตต์
อ.ดร.ศกุนตลา	อนุเรื่อง
อ.ดร.ศิรินภา	จิตติมณี
อ.ดร.เนตรรัชณี	กมลรัตนานันท์
อ.ภาวิณี	ซ้ายกลาง
อ.สินีนาท	วราโภาค
อ.ณิศาทิพย์	ดาราช
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา	ประจุศิลป์ (ผอ.ศูนย์บริการวิชาการ)

