

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566

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 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566

ที่ปรึกษา (Editorial advisor)

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

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

บรรณาธิการ (Editor)

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

กองบรรณาธิการ (Editorial board)

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

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียกมล รันกุล

(Assist. Prof. Dr. Pregamol Rutchanagul)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง

(Assist. Prof. Dr. Puangpaka Kreethong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทกานต์ กาญจนเวทังค์

(Assist. Prof. Dr. Jantakarn Kanjanawetang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศัทลิยา ศิริภัทรากร แสนหลวง

(Assist. Prof. Dr. Cattaliya Siripattarakul Sanluang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา อุรัตนมณี

(Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.สุฤดี ธัชศฤงคารสกุล

(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 มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

Deputy Director of Department of Hospital Services Chief Nursing

Officer/Nursing Focal Person in Cambodia for WHO-WPRO

Wikes University at Pennsylvania and South University,

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566

สารบัญ

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วย
มะเร็งระยะท้าย: ประเด็นการยับยั้ง/การถอนการ
รักษาพยาบาล

บุญสิตา ทิงาเครือ

พิรณันท์ สิริ

นิชาภา พุ่มสอน

อิสระพันธ์ เรืองทอง

จันจิรา เพ็ญ

วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์

หน้า Contents

Page

1 The Role of Nurses in Ethical Decision-Making
for End-of-Life Cancer Patients: Withholding
or Withdrawing Life-Sustaining Interventions

Boonsita Thingakrue

Piranan Siri

Nichapa Phumson

Itsarapun Ruangtong

Chanjira Phen

Wasinee Wisesrith

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดย
พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้
Tele-nursing ในผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง
ขาดเลือดครั้งแรก

พิกุล โกวิทพัฒนา

นิพนธ์ วาตาดา

วนิดา บรรจงปรี

อุมามพร บุญกองชาติ

ศกุนตลา อนูเรือง

13 Effectiveness of Stroke Nurse Specialist
Led-transitional Care Program Combined with
Tele-nursing among the first Episode Ischemic
Stroke Patients and Primary Care-Givers

Pikul Kovitwattana

Niphon Vatada

Wanida Banjongparu

Aumaporn Boonkongchart

Sakuntala Anuruang

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตาม
วิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่
เป็นจิตเภทในชุมชน

ปรีฉัตร อยู่คง

เพ็ญพักตร์ อุทิศ

เมธีวัชร ชิตเดชะ

28 The Effect of New Normal Self and Family
Management Program on Relapse Preventive
Behavior of Persons with Schizophrenia in
Community

Parichat Yookong

Penpaktr Uthis

Mayteewat Chiddaycha

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความ
เจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

พัชรินทร์ พรหมโคตร

สุริพร ธนศิลป์

กิตต์วดี ศักดิ์ศรีชัย

43 Factors Related to Uncertainty in Breast Cancer
Survivors

Phatcharin phromcrot

Sureeporn Thanasilp

Kitwadee Saksornchai

วารสารพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566

สารบัญ

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

อนงค์นาฏ คุณประสาธ

เพ็ญนภา แดงด้อมยู่ท

หน้า Contents

Page

57 The Effect of Family Psychoeducation Emphasizing Shared Care On Depressive Symptoms of Older Persons with Major Depressive Disorder In Community

Anongnad Kunprasat

Pennapa Dangdomyouth

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

กัญธิดา พันทรังษี

สุริพร ธนศิลป์

69 The Effect of Symptom Management Combined With Foot Reflexology Program on Abdominal Distention in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy

Kuntida Puntarangsri

Sureeporn Thanasilp

ผลของการใช้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์ต่อการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ ทีมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช

นลินนาฏ ธนบุญสุทธิ

สุรศักดิ์ มุลศรีสุข

จตุพร โยธา

นริศ ใจบริสุทธิ์กุล

สงคราม โชติกอนุชิต

80 The Impact of Engaging in Collaborative Group-Based Learning Activities with Media through Videos on the Perception of Violence, Awareness of Opportunities and Risks, Expectations Regarding Response Effectiveness and Self-Efficacy Expectations in Stroke at Out Patient Department in Siriraj

Narinnad Thanaboonsutthi

Surasak Mulrsisuk

Jatuporn Yotha

Naris Jaiborisuttigull

Songkram Chotik-anuchit

ศึกษาสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อ: กรณีศึกษาพยาบาลเขตสุขภาพที่ 12

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

นัชชา สุนทรสวัสดิ์

94 Functional Competency of Cardiovascular Nurses for Seamless Nursing Care Team; Case Study Nurse in Health District 12

Penchun Saenprasarn

Nutcha Suntronsawat

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2566 บทความวิชาการและบทความวิจัยได้รับการพิจารณากลั่นกรองบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ 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. 0-2218-1129, email: juscua@chula.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความและท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาพิจารณากลั่นกรอง ให้ข้อเสนอแนะบทความเพื่อให้มีผลงานที่มีคุณภาพ เป็นแหล่งองค์ความรู้ และเชื่อมโยงการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลก อย่างยั่งยืนต่อไป

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



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย: ประเด็นการยับยั้ง/การถอดถอนการรักษาพยาบาล

บุญสิตา ทิงาเครือ* พิรณันท์ ศรี* นิชาภา พุ่มสอน* อิศระพันธ์ เรืองทอง*
จันจิรา เพ็ญ* วาสนิ วิเศษฤทธิ์**

บทคัดย่อ

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นกระบวนการที่ช่วยให้พยาบาลได้ตรวจสอบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม โดยยึดหลักเหตุผลเชิงจริยธรรม พยาบาลผู้ตัดสินใจจะต้องรู้องค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและสามารถเลือกกระทำหรือไม่กระทำในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้ เนื่องจากพยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในหลายสถานการณ์ที่พยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นทางจริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบทความนี้แสดงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการการยื้อหรือยุติการมีชีวิตอยู่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ถือได้ว่าเป็นมิติใหม่ที่ทำลายบทบาทของพยาบาล พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จำเป็นต้องมีทักษะ ความรู้ และประสบการณ์หลายด้านในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย รวมทั้งทีมบุคลากรด้านสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลประคับประคองด้านข้อมูลและด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มความมั่นใจและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล/ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม/ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
E-mail: wwasinnee.w@gmail.com



The Role of Nurses in Ethical Decision-Making for End-of-Life Cancer Patients: Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Interventions

Boonsita Thingakrue* Piranan Siri* Nichapa Phumson* Itsarapun Ruangtong*
Chanjira Phen* Wasinee Wisesrith*

Abstract

Ethical decision-making is a process that helps nurses in systematically and comprehensively examining ethical dilemmas in nursing practice, guided by ethical reasoning. The nurses responsible for making decisions must be aware of the components and factors influencing the decision-making process, enabling them to choose whether to prolong life in a given situation. Nurses, as healthcare professionals closest to patients, often encounter ethical issues. Particularly, this article revealed issues related to withholding or withdrawing life-sustaining interventions in end-of-life cancer patients, introducing a new dimension that challenges the role of nurses. Therefore, nurses play a significant role in end-of-life care and must possess various skills, knowledge, and experiences to provide comprehensive care for patients. In addition, the healthcare team must prioritize the ethical decision-making process, addressing both informational and psychological aspects for patients and their families. This article helps increase confidence and competency in caring for patients with end-stage cancer, resulting in the highest possible benefits for both patients and their families.

Keywords: Role of Nurses/ Ethical Decision-Making/ End-of-life



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโลก จากรายงานของหน่วยงานวิชาการ Worldwide Hospice Palliative Care Alliance¹ พบว่า ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 80 เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม โดยมีผู้เสียชีวิตเกือบ 10 ล้านคนในปี 2563 และองค์การอนามัยโลก² มีรายงานผู้ป่วยกว่า 56.8 ล้านคนที่ต้องการ การดูแลแบบประคับประคอง ในส่วนของประเทศไทยมีรายงานจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center : HDC service) ปี 2562³ พบผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นจนถึงวัยทำงาน ร้อยละ 33.65 ผู้สูงอายุอายุ 60 ปี ขึ้นไปร้อยละ 25.56 และแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรค พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.36 ซึ่งมีจำนวนมากเป็นอันดับแรก ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานมีการลุกลามของก้อนมะเร็งและมีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน³ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมักจะ มีปัญหาการเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการและแก้ไขปัญหามาจากการเจ็บป่วยเหล่านี้จึงมีความสำคัญต่อพยาบาลที่จะวางแผนให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยยึดแนวทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (ช่วง พ.ศ. 2560-2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายรวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยคำนึงความต้องการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศที่มีความรู้ทักษะสามารถออกแบบวางแผนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นระยะที่มะเร็งได้ลุกลามไปมากแล้วจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย

ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของโรคเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ อาการทางกาย โดยเฉพาะความปวดจากมะเร็งที่สามารถพบในทุกระยะและมีอาการปวดมากขึ้นถึงร้อยละ 66.4 ของมะเร็งในระยะลุกลาม³ ความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ส่งผลกระทบด้านจิตใจผู้ป่วยเกิดความกลัว เกิดความวิตกกังวล ด้านสังคมจากสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเข้าสังคม เก็บตัว และด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยเกิดความฟุ้งซ่านจนรู้สึกขาดสิ่งที่ยึดเหนี่ยว⁴ ภาวะความเจ็บป่วยจากมะเร็งระยะลุกลามที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกมิติทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมของตนเอง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยบูรณาการกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม แนวคิด ทฤษฎีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมร่วมกับการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนเตรียมพร้อมและสามารถเลือกวิธีการรักษาที่ตนเองปรารถนาได้ เช่น การเขียนหนังสือแสดงความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต การเลือกวิธีการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันที่ทันสมัย แพทย์แผนทางเลือกหรือแบบผสมผสาน หรือไม่ต้องการการบำบัดด้วยวิธีใด ๆ เลยให้ทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติอย่างเหมาะสมและช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยในทุกระยะการเจ็บป่วยส่งผลให้พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่มีทางเลือกมากกว่าหนึ่งทางเลือกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้พยาบาลได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจ เช่น เกิดความทุกข์ใจ ความเครียด ความอึดอัด และความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ในการปฏิบัติงาน⁵ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ ประสบการณ์ และทักษะในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลและออกแบบวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้ ทฤษฎี แนวคิด เหตุผลเชิงจริยธรรมได้อย่างเป็นระบบและรอบคอบ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวของผู้ป่วย และช่วยลดความวิตก



กังวล ความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งลด ประเด็นการฟ้องร้องประเด็นทางด้านกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย⁶ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำกระบวนการตัดสินใจมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเนื้อหาประกอบไปด้วย ความหมายของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม แนวคิด/ทฤษฎีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ปัจจัยที่ส่งผลการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล รวมถึงกรณีศึกษาเพื่อให้พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจในประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น และสามารถตัดสินใจในประเด็นความขัดแย้งได้อย่างเป็นระบบและเหมาะสม

ความหมายของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ความหมายของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มีนักวิชาการให้ความหมายที่แตกต่างกัน ดังนี้ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้พยาบาลได้ประเมินและตรวจสอบปัญหาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างเป็นระบบและยืนยันได้ว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจได้คำนึงถึงประเด็นสำคัญทั้งหมดของสถานการณ์ก่อนการลงมือกระทำ⁷ นอกจากนี้ยังหมายถึง การตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มีการใช้วิธีการตัดสินใจและหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจ⁸

ความหมายของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมดังกล่าว สรุปได้ว่า คือ กระบวนการในการประเมินและตรวจสอบอย่างเป็นระบบเพื่อเป้าหมายในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม

แนวคิด/ทฤษฎีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

แนวคิด/ทฤษฎีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยในการพิจารณาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งมีการพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ไว้หลากหลาย

หลักเกณฑ์ สามารถสรุปสาระที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม และองค์ประกอบอื่น ๆ ดังนี้

1. ทฤษฎีจริยศาสตร์ โดยทั่วไปทฤษฎีจริยศาสตร์ช่วยให้การตัดสินใจมีประสิทธิภาพ แต่ละทฤษฎีให้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน สามารถนำไปประเมินความถูกต้องหรือความไม่ถูกต้องทางจริยธรรมได้ ทฤษฎีจริยศาสตร์ที่นิยมใช้ มี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีหน้าที่นิยม และทฤษฎีประโยชน์นิยม⁶

1.1 ทฤษฎีหน้าที่นิยม (Deontological or nonconsequential theory) ผู้ริเริ่มทฤษฎีนี้ คือ คานท์ (Kant) เป็นทฤษฎีที่เน้นในหลักของเหตุและผลของความถูกต้องจากการกระทำที่เกิดขึ้นจริง ไม่คำนึงถึงผลของสิ่งที่จะตามมาจากการกระทำ เชื่อว่าการกระทำที่ถูกต้อง คือ การกระทำตามกฎหมายหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำ ตัวอย่างการพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีนี้ เช่น พยาบาลช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยที่หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น

1.2 ทฤษฎีประโยชน์นิยม (Utilitarianism or consequential theory) ผู้ริเริ่มทฤษฎีนี้ คือ เบนทัม (Bentham) และมิลล์ (Mill) ทฤษฎีประโยชน์นิยมจะถือว่าผลประโยชน์จากการกระทำมีความสำคัญกว่าเจตนาหรือแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการกระทำนั้น เน้นประโยชน์มักอยู่เหนือหลักการ โดยในการเห็นประโยชน์ของคนส่วนใหญ่จะคำนึงถึงประโยชน์ของคนส่วนน้อยด้วยเสมอ ตัวอย่างการพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีนี้ เช่น พยาบาลให้ญาติเฝ้าและดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้ายอย่างใกล้ชิด เป็นต้น

2. หลักจริยธรรม (Ethical Principles)

เป็นแนวคิดตามหลักจริยธรรมมาใช้ในการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์มีความสำคัญอย่างมากต่อวิชาชีพพยาบาล⁹ ซึ่งหลักจริยธรรม ประกอบด้วย 1) การเคารพความเป็นอิสระ (Respect for autonomy) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจด้วยตัวเอง การเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยโดยไม่มีการบังคับ 2) การทำประโยชน์เกื้อกูล (Beneficence) หมายถึง การกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่จะ



เกิดแก่ผู้ป่วยบนพื้นฐานทางด้านศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมาย 3) การไม่ทำอันตราย (Non-maleficence) หมายถึง การไม่นำสิ่งที่เป็นอันตรายมาสู่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม รวมทั้งไม่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตราย 4) ความยุติธรรมหรือความเสมอภาค (Justice) หมายถึง ความยุติธรรมต่อคนในสังคม รวมถึงความยุติธรรม ความเท่าเทียมกัน และความเสมอภาคในการได้รับการบริการทางด้านสุขภาพ 5) การบอกความจริง (Veracity/truth telling) หมายถึง ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบอกความจริง โดยไม่มีการโกหกหลอกลวงเพราะเป็นการแสดงถึงการเคารพความเป็นบุคคล นอกจากนี้การบอกความจริงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง 6) ความซื่อสัตย์/การปกปิดความลับ (Fidelity/Confidentiality) หมายถึง การรักษาสัญญาและการปกปิดความลับ รวมทั้งการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยไม่ทำให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อผู้อื่น

แนวคิด/ทฤษฎีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมดังกล่าว เป็นการพิจารณาการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ต้องพิจารณาจากทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม นอกจากนี้ยังควรพิจารณาในหลักเกณฑ์อื่นด้วย พิจารณาตามเกณฑ์ทางสังคม ได้แก่ หลักศาสนา กฎหมาย คุณค่า/ความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งจรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย นโยบายสาธารณสุข หลักเกณฑ์เหล่านี้ ล้วนเป็นสิ่งที่พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจสำหรับประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อสามารถประเมินความถูกต้องทางจริยธรรม และเป็นแนวทางในการพิจารณาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การตัดสินใจ โดยทุกรูปแบบต้องผ่านกระบวนการวิเคราะห์ตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติ การพยาบาล

ปัญหาทางด้านจริยธรรมที่เกิดขึ้นไม่อาจใช้กระบวนการทางการพยาบาลโดยปกติเพียงอย่างเดียวได้

พยาบาลจึงต้องเรียนรู้ ความสำคัญของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลระดับประคับประคองด้านข้อมูลและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม คือ กำหนดว่าสิ่งใดควรกระทำ หรือไม่ควรกระทำเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในสถานการณ์ที่เป็นประเด็นข้อขัดแย้ง ต้องอาศัยกระบวนการให้เหตุผลเชิงจริยธรรม ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างเป็นระบบ กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของไอเคนและคาทาโล (Aiken & Catalano)¹⁰ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูล ความเจ็บป่วย การรักษา คุณค่าและความเชื่อของทุกคนที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลในประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมให้ได้มากที่สุด และข้อมูลที่ได้นี้ต้องมีความถูกต้อง ตรงกับความจริง เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Identify the ethical problem) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลต้องระบุประเด็นขัดแย้งหรือปัญหาจริยธรรมให้มีความชัดเจนที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และตัดสินใจว่าประเด็นขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่แท้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การพิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติ (Consider the choice of action) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องพิจารณาทางเลือกทุกทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ในการแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งต้องมีการพิจารณาระดับความรู้ ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมกันวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียความเหมาะสมไม่เหมาะสมของแต่ละทางเลือก พร้อมทั้งผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงทฤษฎีจริยศาสตร์ หลักจริยธรรม แนวคิดเชิงจริยธรรม รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น สิทธิผู้ป่วย หลักกฎหมาย วัฒนธรรม คุณค่า/ความเชื่อ และคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ



ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ (Make the decision and implement) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลต้องนำทางเลือกที่ได้จากขั้นตอนที่ 3 มาตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เป็นไปได้มากที่สุดและเกิดประโยชน์มากที่สุด โดยมาจากการตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ยากที่สุดที่พยาบาลต้องมีวิธีการตัดสินใจที่ดีที่สุดโดยยึดหลักการการกระทำที่เปิดเผยและพยาบาลต้องมีการจัดบันทึกเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาในอนาคต

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลต้องประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของการตัดสินใจที่เกิดขึ้นจริงและเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ว่ามีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใดบ้างที่ยังคงอยู่และเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใหม่อีกหรือไม่

นอกจากนี้ ยังมีกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของทอมสัน (Thompson)¹¹ ที่มีกระบวนการทั้งหมด 6 ขั้นตอน หรือ DECIDE model 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) Define the problems: การระบุหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) Ethical review: การทบทวนปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นและหลักการทางจริยธรรมที่สำคัญ 3) Consider the options: การพิจารณาทางเลือก 4) Investigate outcomes: การพิจารณาถึงผลที่ตามมาของแต่ละทางเลือก 5) Decide on action: การตัดสินใจนำทางเลือกมาปฏิบัติ เป็นการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีผลดีมากที่สุด มีข้อเสียน้อยที่สุดเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ก่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย และ 6) Evaluate results: การประเมินผลลัพธ์ซึ่งมีลักษณะขั้นตอนของทอมสันไม่แตกต่างกันจากขั้นตอนของไอเคน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้เช่นเดียวกัน

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว ทั้งขั้นตอนของไอเคนและคาทาโล (Aiken & Catalano)¹⁰ และของทอมสัน (Thompson)¹¹

ทั้ง 2 แบบต่างเป็นขั้นตอนในการประกอบการพิจารณาการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ควรให้ความสำคัญในการนำไปใช้ในสถานการณ์ที่ทีมบุคลากรด้านสุขภาพต้องตัดสินใจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอย่างอื่นที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ควรคำนึงประกอบการพิจารณาการตัดสินใจเช่นกัน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล

พยาบาลอาจนำทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งหรือใช้ร่วมกันในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลนั้นมีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอก ปัจจัยที่เกี่ยวกับองค์กรและการสนับสนุนทางสังคม รวมไปถึงปัจจัยขัดขวาง ซึ่งปัจจัยภายในตัวบุคคล^{12,13} เช่น ประสิทธิภาพการทำงาน การมีทัศนคติที่ดีทั้งต่อผู้รับบริการและวิชาชีพ การรู้จักคุณค่าในตัวเอง สภาพจิตใจ อารมณ์ การทำงานอย่างมีความสุข รวมไปถึงการมีองค์ความรู้ด้านจริยธรรม ในส่วนของปัจจัยภายนอก¹² เช่น มีการส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านจริยธรรม การจัดการอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ การทำงานที่เหมาะสม วัฒนธรรมของแต่ละบุคคล เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวกับองค์กรและการสนับสนุนทางสังคม¹³ เช่น นโยบายและทิศทางวัฒนธรรมองค์กร การจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน จัดตั้งศูนย์รับเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ชาติผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงการไม่ทราบถึงการมีคณะกรรมการจริยธรรม และสุดท้ายคือปัจจัยขัดขวาง¹⁴ เช่น ระยะเวลาไม่เพียงพอ บุคลากรไม่เพียงพอ รวมไปถึงการไม่ร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และความสามารถด้านประเมินและการรับรู้ทางจริยธรรม นอกจากนี้ควรพิจารณาถึงระบบและกลไกจริยธรรมทางการพยาบาล ตามที่สภาการพยาบาลมุ่งเน้น

เห็นได้ว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลนั้น คือ ความรู้ด้านจริยธรรม



ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้รวมไปถึงประสบการณ์ (Knowledge and experience) จะทำให้พยาบาลมีความไวต่อประเด็นจริยธรรม (Mora sensitivity) และ การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม (Moral reasoning) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

ความรู้ด้านจริยธรรม เป็นความรู้ที่เกี่ยวกับทฤษฎีจริยศาสตร์ ทั้งหลักประโยชน์นิยม หลักหน้าที่นิยม หลักจริยธรรม แนวคิดทางจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ รวมไปถึงกฎหมาย สิทธิต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความรู้จากทฤษฎีจริยศาสตร์สามารถช่วยเรื่องการประเมินค่าการกระทำของบุคคลและการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอนคือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดประเด็นขัดแย้ง การพิจารณาทางเลือกในการปฏิบัติ การวิเคราะห์ผลดีผลเสียที่จะเกิดตามมาในแต่ละแนวทางที่จะปฏิบัติ และขั้นตอนสุดท้ายคือ การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ ซึ่งถือได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญ การนำความรู้ด้านจริยธรรมมาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจมักเกี่ยวข้องกับความถูกต้องหรือความผิดทางศีลธรรมของสถานการณ์ต่าง ๆ จึงได้มีการนำเสนอกรณีศึกษาเพื่อเป็นตัวอย่างประกอบความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับการตัดสินใจในประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมได้อย่างชัดเจนขึ้น

บทบาทและคุณลักษณะของพยาบาลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในปัจจุบัน การมีเทคโนโลยีใหม่ ๆ เกิดขึ้นในวงการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยถูกยึดชีวิตออกไปได้ยาวนานมากขึ้น แต่ผู้ป่วยก็ไม่มีโอกาสที่จะฟื้นกลับมาเป็นปกติได้ ซึ่งบางครั้งอาจเป็นการทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น ฉันทาย สิทธิพันธุ์ กล่าวว่า หัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในฐานะบุคลากรการแพทย์ คือควรให้การรักษาที่ได้ประโยชน์ แต่หยุดการรักษาที่ไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์¹⁵ ซึ่งสิ่งนี้อาจจะเป็นส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care

Planning) รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาการดูแลตนเองในระยะท้ายหรือหนังสือแสดงเจตนา ในประเทศไทย¹⁶

คุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาล คือ การมีทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ สร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน สามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทของผู้นำและสมาชิกทีมได้¹⁷ นอกจากนี้ ยังต้องรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกให้มากที่สุด การสื่อสารที่แสดงออกถึงความรักและความเห็นอกเห็นใจ การให้ข้อมูลที่เพียงพอร่วมกับประคับประคองจิตใจ การช่วยวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและให้การดูแลแบบองค์รวม การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแผนการรักษา รวมทั้งการมีจิตสำนึกทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ การเป็นแบบอย่างที่ดีในศีลธรรม พัฒนาตนเองให้ทันสมัย และฝึกฝนตนเองอยู่เสมอ สิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสามารถและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและสามารถตัดสินใจประเด็นทางจริยธรรมได้อย่างมีความมั่นใจ¹⁸

กรณีศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 45 ปี อาชีพพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ปัจจุบันเป็นหัวหน้าครอบครัว แต่งงานมีลูกสาว 2 คน สถานภาพทางการเงินปานกลาง ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ชอบเข้าวัดสวดมนต์ และเป็นคนที่รู้จักปล่อยวาง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีบิดามารดาที่ต้องดูแลเนื่องจากเป็นบุตรชายคนเดียว เมื่อ 6 เดือนก่อน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง ถ่ายลำบากปนเลือด ร่วมกับรับประทานอาหารได้น้อยลง อ่อนเพลียมากขึ้น แพทย์วินิจฉัยเป็น มะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 4 หลังจากนั้นผู้ป่วยได้วางแผนและจัดทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายขณะที่ผู้ป่วยสติสัมปชัญญะดี โดยจัดการสิ่งที่ตัวเองปรารถนา



ทั้งเรื่องส่วนตัวและครอบครัว รวมถึงการเลือกแนวทางการรักษาของตนเอง ปฏิเสธการยื้อชีวิต คือ ไม่ขออนุญาตหัวใจฝายปอดกู้ชีพ ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยขอเลือกให้ตนนั้นได้จากไปอย่างสงบ จากนั้น 3 เดือนต่อมา มะเร็งได้ลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงมากขึ้น ภรรยาจึงได้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล หลังจากเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการซึม สับสน อาการหลอน การรับรู้และสติสัมปชัญญะลดลง ควบคุมการอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะออกน้อยลง ชีพจรเร็วเบา ความดันโลหิตลดลง แพทย์และพยาบาลจึงได้ปรึกษาญาติที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย ภรรยา บุตร บิดามารดาของผู้ป่วย ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ อาการที่ผู้ป่วยเป็น พร้อมแนวทางการดูแลรักษา รวมไปถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการยื้อชีวิตและการจากไปอย่างสงบ และให้ทางญาติปรึกษากัน โดยทางภรรยาและบุตรมีความประสงค์ให้ทำตามการวางแผนที่ผู้ป่วยวางไว้ในหนังสือแสดงเจตนา แต่บิดามารดาของผู้ป่วยไม่ยินยอมจะให้ยื้อชีวิตผู้ป่วยต่อไป ภรรยาจึงได้มาปรึกษากับพยาบาลผู้ดูแล หลังจากนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพจึงได้หารือร่วมกันเกี่ยวกับ ประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าว

วิเคราะห์กรณีศึกษา

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ชายไทยอายุ 45 ปี อาชีพพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ปัจจุบันเป็นหัวหน้าครอบครัว แต่งงานกับภรรยามีลูกสาว 2 คน สถานภาพทางการเงินปานกลาง ผู้ป่วยและครอบครัว นับถือศาสนาพุทธ ชอบเข้าวัดสวดมนต์ และเป็นคนที่รู้จักปล่อยวาง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีบิดามารดาที่ต้องดูแล เนื่องจากเป็นบุตรชายคนเดียว หลังจากทราบผลการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนา แต่บิดามารดาของผู้ป่วยยังอยากให้การรักษาเต็มที่

2. การกำหนดประเด็นขัดแย้ง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรือ การยื้อชีวิตตามความต้องการของบิดามารดา

3. การพิจารณาทางเลือกในการปฏิบัติการพยาบาล

3.1 พยาบาลทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยในหนังสือแสดงเจตนา โดยพิจารณาทางเลือกจากจรรยาบรรณวิชาชีพ ข้อที่ 2 และข้อที่ 4 คือ พยาบาลพึงเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย และมีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

- ยึดหลักจริยธรรมของวิชาชีพ การเคารพความเป็นอิสระ (Respect for autonomy) สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ ให้การนับถือผู้ป่วยในความเป็นบุคคล ให้โอกาสผู้ป่วยในการตัดสินใจ

- ยึดสิทธิผู้ป่วยข้อที่ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

- ยึดจรรยาบรรณวิชาชีพต่อประชาชน ข้อที่ 1 และข้อที่ 4 คือ ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้นั้นหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย

3.2 พยาบาลทำตามความประสงค์ของพ่อแม่ของผู้ป่วยโดยพิจารณาทางเลือกจาก

- ทฤษฎีประโยชน์นิยม โดยทฤษฎีนี้เห็นว่าประโยชน์ย่อมอยู่เหนือหลักการ การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อ ถือเป็นประโยชน์มากกว่า การทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

- ยึดหลักจริยธรรมของวิชาชีพ การทำประโยชน์ (Beneficence) และการไม่ทำอันตราย (Non-maleficence)

- ยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพต่อประชาชน ข้อที่ 5 และข้อที่ 6 คือ พึงปฏิบัติหน้าที่โดย



ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการวินิจฉัยและการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน พึ่งป้องกันภัยอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

4. การวิเคราะห์ผลดีผลเสียที่จะเกิดตามมา ในแต่ละแนวทางที่จะปฏิบัติ

4.1 พยาบาลทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยในหนังสือแสดงเจตนา

- ข้อดี: ทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย
- ข้อเสีย: บิดามารดาผู้ป่วยไม่

สบายใจ

4.2 พยาบาลทำตามความประสงค์ของพ่อแม่ของผู้ป่วย

- ข้อดี: ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับครอบครัวนานขึ้น พ่อแม่ผู้ป่วยสบายใจ
- ข้อเสีย: ผู้ป่วยอาจทนทุกข์ทรมานจากการยื้อชีวิต

5. การตัดสินใจกำหนดทางเลือกและประเมินผล โดยพยาบาลทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยใน หนังสือแสดงเจตนา ยึดหลักกฎหมายมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตาม หนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลัก เกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคล ตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบ” แต่ก็ไม่ได้ทอดทิ้ง ความรู้สึกของญาติโดยเฉพาะพ่อแม่ของผู้ป่วย ซึ่งใน ปัจจุบันอาจมีการนำการสื่อสารในรูปแบบของการ ประชุมครอบครัว (Family Conference) ที่มีเป้าหมาย สำคัญเพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับ

ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและระยะของโรค นำไปสู่การวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในระยะท้าย โดยมีครอบครัวของผู้ป่วยเป็นหลักในการตัดสินใจโดยใช้รูปแบบของการประชุมปรึกษาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การสื่อสารกับครอบครัวเป็นการเริ่มต้นการพยาบาลที่สำคัญเพื่อสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการดูแล การประเมินปัญหาของผู้ดูแลแต่ควรทำร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม

จากกรณีศึกษาและประเด็นเรื่อง การรักษาที่ได้ประโยชน์ แต่หยุดการรักษาที่ไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ พยาบาลถือว่ามีบทบาทที่สำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะ บทบาทการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นตัวกลางประสาน ความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เป็นผู้ปกป้องให้ผู้ป่วยสามารถมีสิทธิตัดสินใจได้ด้วย ตนเอง และรักษาไว้ซึ่งสิทธิของผู้ป่วย (ผู้พิทักษ์สิทธิ) กล่าวคือ พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจ ตามความเชื่อ ค่านิยม Living will ที่ผู้ป่วยได้จัดทำไว้ เมื่อผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถสื่อสารและตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง พยาบาลต้องสื่อสารให้ครอบครัว และทีมสุขภาพทราบถึงความประสงค์ของผู้ป่วย รวมไปถึงในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยาบาลก็มี บทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลกับครอบครัว ญาติ ประสานงานประชุมทีมสุขภาพ ในการวางแผนทำข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากโรคอื่น ๆ

สรุป

พยาบาลถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เมื่อเกิดประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยประเด็นที่มักพบได้บ่อยสุด คือ การยื้อชีวิตหรือไม่ยื้อชีวิต เพราะใน ระยะนี้บางครั้งผู้ป่วยอาจตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ต้องมีครอบครัว และทีมสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง ในปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีการออก



กฎหมายใหม่ อย่างการทำหนังสือแสดงเจตนา พยาบาล จึงมีบทบาทที่สำคัญในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็น ตัวกลางประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เป็นผู้ปกป้องให้ผู้ป่วยสามารถมีสิทธิ ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และรักษาไว้ซึ่งสิทธิของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ ประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะท้าย จะช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพได้ เรียนรู้และเข้าใจแง่มุมหลายด้านหลายมิติที่ผู้ป่วยและ ครอบครัวกลุ่มนี้ถ่ายทอดออกมา นำมาซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล: สามารถพัฒนา เป็นแนวทางปฏิบัติการเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย เพื่อป้องกันประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่ เกิดขึ้น สร้างกระบวนการการทำงานของพยาบาลกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้รับ การเข้าถึงการดูแลที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย รวมทั้งการจัดตั้งทีมคณะกรรมการในการปฏิบัติพยาบาล

เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มีบทบาทหน้าที่ในการ ศึกษาและวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมที่มีความเสี่ยง หรือ เมื่อเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้นแล้ว เพื่อให้ข้อ เสนอแนะ และแนวทางในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมแก่ พยาบาล

2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล: ผู้บริหาร ทางการพยาบาลในหน่วยงาน ควรส่งเสริมและสนับสนุน ให้พยาบาล มีการประชุม/อบรม เรื่องการการตัดสินใจ เชิงจริยธรรมในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อให้มีความรู้ และมีทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสม

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล: ควรศึกษา ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในแต่ละพื้นที่ เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรม ตามบริบทเฉพาะรวมทั้งปรากฏการณ์ที่แตกต่างกันใน บริบทของสังคมไทย รวมไปถึงเปรียบเทียบความแตกต่าง ของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมกับกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ในกลุ่มโรคอื่น



Reference

1. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. World cancer day close the care gap [Internet]. 2023 [cited 2023 April 22]. Available from: <http://www.thewhpc.org/2020-08-05-08-22-47/latest-news/item/world-cancer-day>.
2. World Health Organization. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators [Internet]. 2021 [cited 2023 April 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>.
3. Ministry of Public Health. Patient care handbook for health care professionals [Internet]. 2019 [cited 2023 April 22]. Available from: <https://www.dms.go.th/backend/Content>. [In Thai].
4. Introntakun K, Thanasilp S, Supametaporn P. Experiences of caring for patients with advanced cancer at home of family caregivers. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2023;35(2): 12-23. [In Thai].
5. Rushton, C. H., Swoboda, S. M., Reller, N., Skarupski, K. A., Prizzi, M., Young, P. D., & Hanson, G. C. Mindful ethical practice and resilience academy: equipping nurses to address ethical challenges. Am J Crit Care. 2021;30(1):e1-e11.
6. Chanthanamongkol K. Nursing Ethics. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. [In Thai].
7. Tepanimitr S, Unteja P, Kanglai K. Moral Development in Nursing Profession. Royal Thai Army Medical Journal. 2018;19(2):136-142. [In Thai].
8. Nasae T. Ethical dilemmas, ethical decision making, and outcomes experienced by head nurses in regional hospitals, Southern Thailand [dissertation on the Internet]. Songkla: Prince of Songkla University; 2007. 153p. Available from: <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2553/1432>.
9. Pheungchomphu W. Handbook for practicing geriatric and elderly nursing: ethics, dilemma and decision-making approaches. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014. [In Thai].
10. Aiken, J. T., & Catalano, T. D. Legal, ethics & political issues in nursing. Philadelphia: F.A. Davis; 2009. 458p.
11. Thompson I, Melia K, Boyd K, Horsburgh D. Nursing ethics. 5th ed. Edinburgh and London: Elsevier; 2006. 411p.
12. Saenprasarn P, Sukhawan C, Pitsachat N, Prombon J, Wanitchapanupan W, Chuhar U. The Study of the Factors Related with Ethical Decision-Making on Nursing Risk in Clinical Practice of Army Nursing Staff. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2560;18(3):201-8. [In Thai].
13. Manal M Alzghoul, Kristen Jones-Bonofiglio. Nurses' tension-based ethical decision making in rural acute care settings. Nursing Ethics. 2020;27(4):1032-43.
14. Meyer-Zehnder B, Albisser Schleger H, Tanner S, Schnurrer V, Vogt DR, Reiter-Theil S, et al. How to introduce medical ethics at the bedside - factors influencing the implementation of an ethical



- decision-making model. BMC Med Ethics. 2017;18(16):1-16.
15. Sittipunt C. It is time to prepare for death, choose the good death method in our own way. Journal-lorchula. 2019;4(44), 10-11. [In Thai].
16. Thanasilp S. Holistic nursing for end-of-life cancer. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022. [In Thai].
17. Srisawat K, Chaloikittikul S. Critical thinking of nursing students. Royal Thai Army Medical Journal. 2017;70(3),169-174. [In Thai].
18. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Roles and responsibilities of professional nurses. Bangkok: Suetawan; 2018. [In Thai].



บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing ในผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

พิกุล โกวิทพัฒนา* นิพนธ์ วาตาตา* วนิดา บรรจงปฐ* อุมพร บุญกองชาติ* ศกุนตลา อนุเรือง**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกวันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน และความพร้อมของผู้ดูแล ก่อนและหลังจำหน่าย 3 เดือน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและมีการวัดซ้ำ

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 32 คู่และกลุ่มควบคุม 30 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแล กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) แบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way repeated measure ANOVA, Independent t-test

ผลการวิจัย: หลังจำหน่าย 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน การพยาบาลระยะไกล โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก



Effectiveness of Stroke Nurse Specialist Led-transitional Care Program Combined with Tele-nursing among the first Episode Ischemic Stroke Patients and Primary Care-Givers

Pikul Kovitwattana* Niphon Vatada* Wanida Banjongparu* Aumaporn Boonkongchart*
Sakuntala Anuruang**

Abstract

Purpose : This study aims to assess the effect of stroke nurse specialist led-transitional care program combined with Tele-nursing, on the Activities of Daily Living in the first episode ischemic stroke patients on the discharge day, 1month post-discharge, and 3months post-discharge. Additionally, it aims to evaluate readiness of primary care-givers on 3months post-discharge.

Design: Randomized controlled experimental research and repeated measurements

Methods: Group of patients and caregivers of first-time ischemic stroke patients randomly assigned 32 pairs to the experimental group and 30 pairs to the control group. The experimental group received a stroke nurse specialist led-transitional care program combined with Tele-nursing for a period of 3 months. The control group received nursing care for ischemic stroke patients as usual while in the hospital. The tools used to collect **data include:** 1) Assessment of activities daily of living (ADLs score) in patient sample and 2) caregiver readiness assessment form in care-giver sample. Cronbach's alpha coefficient was 0.92 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, One-way repeated measure ANOVA, and independent t-test, with the statistical significance level set at .05

Results: At the three-month post-discharge, the experimental group had a mean score of ADLs significantly higher than the control group at the .05 level, and after the experiment between the experimental group and the control group. There was a significant higher in the mean readiness scores of primary care-givers for the first episode ischemic stroke patients at the .05 level.

Keywords: transitional nursing care, tele-nursing, first episode ischemic stroke



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง ในปี 2019 องค์กรโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization: WSO) รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 80 ล้านคน และยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องกว่า 13 ล้านคนในแต่ละปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 6 ล้านคน ประเทศไทยมีรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2561 มีจำนวนทั้งหมด 331,086 คน ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่าปี 2559 และ ปี 2560 อย่างต่อเนื่อง¹ อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ในประเทศไทยช่วงระยะเพียง 5 ปีสูงขึ้นเกือบร้อยละ 20 จาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565²

โรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุของความสูญเสีย หากได้รับการรักษาล่าช้า หรือการดูแลระยะฟื้นฟูไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADLs) เกิดทุพพลภาพหลังจากโรคมียาระโรค (Burden of disease) ADLsของผู้ป่วย ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นผลลัพธ์สำคัญและเป็นเป้าหมายของการดูแล การดูแลเมื่ออยู่โรงพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านเป็นช่วงเวลาสำคัญ พยาบาลวิชาชีพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ แต่เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อไป จากการศึกษพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลในช่วง 6 เดือนถึง 1 ปี³ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลด้วย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงของโรค ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง⁴⁻⁶ อย่างไรก็ตาม ความรู้และทักษะต่างๆ เป็นสิ่งพื้นฐานและมีความสำคัญต่อการจัดการตนเองในระยะเปลี่ยนผ่านภายหลัง

การเกิดโรคของผู้ป่วย

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาล มีการศึกษาทั้งในผู้ป่วยและครอบครัว ในหลายกลุ่ม ตัวอย่างการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ⁷ พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในช่วงระยะฟื้นฟูวิกฤตจนถึงระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมที่พยาบาลเน้นการให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน และฝึกทักษะที่จำเป็น แต่ไม่ได้มีการให้การพยาบาลต่อเนื่องไปจนถึงระยะที่ผู้ป่วยกลับบ้านไปในช่วงระยะ 3 เดือนแรก^{8,9} ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกยังไม่มีประสบการณ์ อาจมองระยะการดำเนินโรค อาการ การจัดการกับอาการ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภายหลังจากโรคไม่ชัดเจน ต้องการการดูแลต่อเนื่องไปจนระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง สามารถเกิดขึ้นได้ในแต่ละช่วงชีวิต ถ้าสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์เปลี่ยนผ่านรับรู้ปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ร่วมกับการเตรียมตัวที่ดี ย่อมเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะใหม่ได้ง่ายและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ป้องกันผลเสียที่อาจตามมา

ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านของ Meleis¹⁰ กล่าวถึงโมทัศน์การเปลี่ยนผ่านประกอบไปด้วย 1) ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน 2) เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน 3) รูปแบบการตอบสนอง และ 4) การบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกดังกล่าวเข้าได้กับการเปลี่ยนผ่านตามทฤษฎีเปลี่ยนผ่านคือเปลี่ยนผ่านจากผู้มีสุขภาพดีเป็นผู้ป่วย เปลี่ยนผ่านจากการเจ็บป่วยระยะวิกฤตเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และจากโรคขณะอยู่โรงพยาบาลและผลลัพธ์อื่น ๆ ดังกล่าวนั้นสามารถป้องกันและลดอุบัติการณ์ด้วยการใช้การบำบัด



ทางการพยาบาล ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis¹⁰ โดย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน ประเมินปัญหาและความต้องการจากผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย 2) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะใหม่ด้วยให้ข้อมูล และ 3) ใช้การบำบัดทางการพยาบาล ที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นหายโดยการเริ่มฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้น และจัดสิ่งแวดล้อม ให้กำลังใจ สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านอย่างราบรื่น โดยมีการศึกษาที่นำทฤษฎีการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนน ADLs เพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น^{8,9,11,12} ปัจจุบันมีการให้การพยาบาลระยะไกล (Tele-nursing) กันอย่างแพร่หลาย เพื่อการต่อเนื่องให้คำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่องในลักษณะรายบุคคล มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการใช้ Tele-nursing ผ่านทางโทรศัพท์ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลที่ดีต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และเพิ่มความพร้อมของผู้ดูแลด้วย^{9,11,13} ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing เพื่อส่งเสริม ADLs ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก และส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายเร็วขึ้น สามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติได้โดยเร็ว ลดการกลับเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนน ADLs ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันแรกรับ วันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วันแรกรับ และหลังจำหน่าย 3 เดือน

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ย ADLs ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing ในวันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. คะแนนเฉลี่ยความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing ในวันหลังจำหน่าย 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (Experimental research) ที่มีกลุ่มควบคุม และมีการวัดซ้ำ

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกที่ได้รับยาลดไขมันลิ้นเลือด อายุตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง รักษาที่โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา และ 2) ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก รักษาที่โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตาราง Cohen (2013)¹⁴ กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลโดยใช้ค่าจากการศึกษาที่ผ่านมา⁹ ซึ่งมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย



ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด 64 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 64 คน จำนวนทั้งหมด 128 คน ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คู่ จากนั้นทำการสุ่มจำแนกกลุ่มตัวอย่าง (Random allocation) เข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing พัฒนาจากทฤษฎีการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Meleis¹⁰ ดำเนินการตามโปรแกรมโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองหรือการพยาบาลทางระบบประสาท (ระยะเวลา 4 เดือน) ร่วมกับการพยาบาลตามปกติที่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดโรงพยาบาลมหาราชินทรราชสิมา และมีการใช้ LINE Official Account (LINE OA) เพื่อติดตามให้คำปรึกษาช่วยเหลือประสานงานให้การช่วยเหลือและดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่โรงพยาบาล และกลับไปอยู่บ้าน โดยมีการจัดพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกทุกเวอร์ (8 ชั่วโมง) เวอร์ละ 1 คนรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมในแต่ละเวอร์

ส่วนที่ 2 แผนการสอนและวิถีโอให้ความรู้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกและผู้ดูแลเป็นแผนการสอนและวิถีโอ 9 เรื่อง ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การดูแลกิจวัตรประจำวัน 3) การดูแลการขับถ่าย 4) การดูแลการรับประทานอาหาร 5) การใช้ยา/การมาตรวจตามนัดและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 6) การปรับสภาพบ้านและสภาพแวดล้อม 7) การออกกำลังกาย/การเคลื่อนไหวและ

กายภาพบำบัด 8) การจัดการอาการรบกวนและความเครียด 9) การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะให้ข้อมูลภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา และทบทวนจนออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกและผู้ดูแล ครอบคลุมสาระสำคัญทั้ง 9 เรื่อง เช่นเดียวกับส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 แบบติดตามเยี่ยมทาง LINE OA “พยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง รพ.มหาราชินทรราชสิมา” โดยแต่ละครั้งจะติดตามเยี่ยมครั้งละประมาณ 15-30 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 หลังจากได้รับข้อเสนอแนะผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ปัญหาและอุปสรรคและนำมาปรับปรุง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index of Daily Living Index) ของ Mahoney & Barthel (1965) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล¹⁵ ซึ่งประเมินการกระทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การเคลื่อนย้าย 3) การเคลื่อนที่ 4) การแต่งตัว 5) การอาบน้ำ 6) การทำความสะอาด



สุขวิทยาส่วนบุคคล 7) การใช้ห้องส้วมหรือกระโถน 8) การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 9) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ 10) การขึ้นลงบันได คะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0-3 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน แปลคะแนนดังนี้ 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย 25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย 50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก 100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล
ของวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนออกจากโรงพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวม 0 - 32 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึงมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมาก ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล และไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน-บาคเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการ 65100 ใบรับรองเลขที่ 082/2022 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยให้ความสำคัญและให้สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2566

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน แล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ภายหลังการลงนามยินยอม ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกและความพร้อมของผู้ดูแล ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล (Pre-test) จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้จบการพยาบาลเฉพาะทาง ร่วมกับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่อายุโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาล ประเมิน ADLs ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกในวันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือนทางโทรศัพท์ และประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล หลังจำหน่าย 3 เดือนทางโทรศัพท์

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ระยะ โดยมีการจัดพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกทุกเวร (8 ชั่วโมง) เวิร์ด 1 คน รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมในแต่ละเวร โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ของการนอนโรงพยาบาล (ขณะอยู่โรงพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก) ใช้เวลา 15-20 นาที

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ภายหลังการลงนามยินยอม ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมิน ADLs ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก



แรก และความพร้อมของผู้ดูแล ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล (Pre-test)

ครั้งที่ 2 วันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล ใช้เวลา 15-30 นาที

ผู้วิจัยประเมินเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล ชุมชน และสังคม ประเมินความพร้อมของบุคคลแต่ละราย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ เศรษฐฐานะ ภูมิหลัง และบริบท ให้ครอบคลุมระยะวิกฤตขณะอยู่โรงพยาบาล จนถึงระยะฟื้นฟู/เรื้อรัง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมระบุผู้ดูแลหลักเพื่อวางแผนการดูแล ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ป่วยเปิดโอกาสให้อธิบายและซักถามเกี่ยวกับปัญหาและข้อกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง และระบุผู้ดูแลหลักเพื่อวางแผนการดูแล ผู้วิจัยสรุปปัญหาที่ได้จากการประเมินจากผู้ป่วย ผู้ดูแล ที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การดูแลที่คาดหวังในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย (ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะฟื้นฟู) ลงใน care map จากนั้นวางแผนการพยาบาลและการดูแล โดยนำปัญหาที่ได้มาวางแผนการดูแล ให้สอดคล้องกับปัญหาผลลัพธ์การดูแลที่คาดหวังในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ให้การดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ระยะที่ 2 การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ (Preparation of transition)

ครั้งที่ 3 ในวันที่ 4-7 ของการนอนโรงพยาบาล ระยะฟื้นฟูสภาพอาการคงที่ ย้ายออกจากหอผู้ป่วย Stroke unit จนถึงจำหน่าย วันละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

ผู้วิจัยให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ในการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตขณะอยู่โรงพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู โดยเริ่ม early rehabilitation การเริ่มฝึกการช่วยเหลือตนเอง บริหารการพยาบาลตามปัญหาที่ได้จากการประเมินในแต่ละวันตามแนวทางการ

พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (care map) และให้ความรู้/การศึกษา จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่เหมาะสมในผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย ได้แก่ การสอน/การให้ความรู้ การสาธิต/สาธิตย้อนกลับ การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อเตรียมความพร้อมในการในการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล โดยแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลรับชมสื่อการดูแลตนเองและผู้ป่วย ทั้ง 9 ด้าน วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนช่วยเหลือวางแผนการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ทบทวนความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 9 ด้าน ทบทวนทักษะที่จำเป็น

ครั้งที่ 4 ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 40-60 นาที

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการประเมินความพร้อมที่จะกลับไปอยู่บ้านเพื่อสรุปอาการ การรักษา การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินศักยภาพที่ยังเหลืออยู่ ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การทำท่ากายบริหารสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การเปลี่ยนท่า การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าห้องน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารและยา การสาธิตย้อนกลับการให้การดูแลของผู้ดูแล ปัญหาที่ยังต้องการการดูแลต่อเนื่องร่วมปรึกษาแนะนำแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้ มอบสื่อที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวไว้เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2. สอนการใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านทาง LINE OA “พยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง รพ.มหาวิทยาลัยนครราชสีมา” เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ติดตามเยี่ยม ให้คำปรึกษา ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ทันที และนอกจากนั้น แนะนำให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลติดต่อผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้ตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 22.00 น. ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และ 8.00 น. ถึง 24.00 น. ในวันเสาร์และวันอาทิตย์ เพื่อสอบถามปัญหาหรือปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย



3. ผู้วิจัยประเมิน ADLs กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก (ครั้งที่ 2)

ระยะที่ 3 ใช้บทบาทเสริม (Role supplementation)

ครั้งที่ 5-10 ในระยะหลังจำหน่าย จนถึง 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

1. ใช้บทบาทการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน โดยการให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน ฝ้าระวังสัญญาณเตือน การประเมินปัญหาหรือความต้องการเพิ่มเติม การประสานงานส่งต่อข้อมูลกับศูนย์ดูแลต่อเนื่องและชุมชนก่อนออกจากโรงพยาบาล

2. ใช้บทบาทการรักษา ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน ให้สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง

3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางไกล ผ่าน LINE OA “พยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง รพ.มหาราชนครราชสีมา” เพื่อสอบถามอาการ ให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมกระตุ้นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ตลอดจนให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติม โดยมีการติดตามเยี่ยมตามแนวทางการติดตามเยี่ยมโดยระบบวิดีโอคอล ผ่านการใช้ LINE OA เป็นระยะหลังออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

ครั้งที่ 5 ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน เพื่อประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลประสบเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำ กระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง ร่วมประชุมปรึกษากับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแล ปัญหาที่พบ ความต้องการการช่วยเหลือให้คำแนะนำแนวทางการแก้ปัญหาประเมินการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือประสานงานกับ แหล่งประโยชน์ในชุมชนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกรณีที่ยังไม่สามารถใช้แหล่งประโยชน์ได้

ครั้งที่ 6-10 ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามผลการเยี่ยมครั้งแรกพูดคุยเกี่ยวกับ ปัญหาที่อาจจะยังมีความกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และให้ดำเนินการดูแลเช่นเดิมต่อไป โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อหาทางแก้ไข ปัญหาส่วนกันทบทวนวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยเล่าและสาธิตให้ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง และชี้แจงให้เห็นผลของการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบันทึกผลการติดตามเยี่ยม ผู้วิจัยประเมิน ADLs กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกเมื่อ 1 เดือน (ครั้งที่ 3) และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ครั้งที่ 4)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มโดยใช้ One-way repeated measure ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูลยังคงอยู่ในเส้นการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลจากการคำนวณทั้งหมด 64 คู่ แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน แต่ภายหลังจากที่มีการทำความสะอาดข้อมูลตัดรายที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ จากที่ไม่สามารถติดต่อได้ และ



รายที่มีข้อมูลสุดโต่ง (Outliner) ออก จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกงเหลือในการศึกษา กลุ่มทดลองทั้งสิ้น 32 คู่ และกลุ่มควบคุมทั้งสิ้น 30 คู่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

1.1.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก มีอายุระหว่าง 32-92 ปี เฉลี่ย 61.18 ปี (+12.66) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.6 สถานภาพคู่ ร้อยละ 59.7 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 72.6 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.3 และงานบ้าน ร้อยละ 38.7 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ร้อยละ 72.6 มีจำนวนโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 53.2

1.1.2 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกในกลุ่มทดลอง (n=32) และกลุ่มควบคุม (n=30) มีอายุเฉลี่ย 60.44 ปี และ 61.97 ปี ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.4 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 65.6 และ 53.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.9 และ 73.3 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.9 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาชีพงานบ้าน ร้อยละ 43.3 คุณลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่างๆ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

1.2.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก มีอายุระหว่าง 20-74 ปี เฉลี่ย 45.53 ปี (+11.58) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.6 สถานภาพคู่ ร้อยละ 80.6 สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.1 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย

ร้อยละ 37.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.3 มีผู้ช่วยผู้ดูแล ร้อยละ 62.9

1.2.2 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 45.13 ปี และ 45.97 ปี ตามลำดับ ผู้ดูแลของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.3 และ 63.3 ตามลำดับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่สถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 78.1 และ 83.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 37.5 และ 40 ตามลำดับ ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย เท่ากัน ที่ร้อยละ 40.6 ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและบุตรสาวของผู้ป่วย ร้อยละ 60 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนน ADLs ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ในวันแรกรับก่อนการทดลอง วันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ADLs ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันแรกรับก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน โดยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่า Main effect ระหว่างกลุ่ม (group) และช่วงเวลา (time) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างกลุ่ม (group) และช่วงเวลา (time) พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ฉะนั้น การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ADLs ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงต้องพิจารณาเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลาคือ ก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2



ตารางที่ 1 การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ของค่าเฉลี่ยคะแนน ADLs ของกลุ่มทดลองระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
Group	494.35	1	494.35	1.13	.29
Time	32050.16	2.45	13097.19	135.03	<.001*
time*group	2561.64	2.45	1046.80	10.79	<.001*

*p < 0.05

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนน ADLs ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในวันแรกรับ วันจำหน่าย หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน โดยสถิติ Pairwise Comparisons พบว่า หลังจำหน่าย 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ADLs สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่าย 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนน ADLs กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ADLs ก่อนการทดลอง เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจำหน่าย 1 เดือน และหลังจำหน่าย 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 32) กับกลุ่มควบคุม (n = 30) โดยสถิติ Pairwise Comparisons

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Mean		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	Difference	SE	P
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน							
ก่อนการทดลอง	49.38	21.95	53.17	26.08	-3.73	6.21	.551
วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	60.78	21.81	62.17	26.93	-.77	6.29	.903
หลังจำหน่าย 1 เดือน	76.25	19.22	72.33	25.66	4.53	5.80	.438
หลังจำหน่าย 3 เดือน	87.66	14.31	74.83	22.11	13.35	4.75	.007*

*p < 0.05



ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก

3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยสถิติ

Independent t-test พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ของ 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง (หลังจำหน่าย 3 เดือน) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		df	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก							
ก่อนการทดลอง	17.69	2.55	18.07	4.82	43.37	-.384	.697
หลังการทดลอง	22.53	2.44	19.67	4.18	46.04	3.269	.002*

*p < 0.05

อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ADLs ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการใช้ Tele-nursing ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ADLs ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2) ซึ่งเป็นไปตาม

สมมติฐานงานวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของวินิตา ประทีปวัฒนพันธ์ (2563)¹⁷ ที่พบว่า ภายหลังการใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวมุสลิม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำวัตรประจำวันของผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่าการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับการพยาบาลระยะไกลที่มีการประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านตามแนวคิดของ Meleis โดยประเมินเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ประเมินความพร้อมของบุคคลแต่ละราย



แล้วสรุปปัญหาที่ได้จากการประเมินดังกล่าวในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยลงใน care map เพื่อนำเข้าสู่การเตรียมการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ แล้วจึงให้การพยาบาลแต่ละวันตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย มีการใช้บทบาทเสริมทั้งบทบาทการป้องกันและบทบาทการรักษา ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางไกลโดยใช้ LINE OA ซึ่งเป็นเทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลที่สะดวกรวดเร็ว ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หากมีปัญหาระหว่างอยู่ที่บ้านผู้ป่วยสามารถได้รับการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีจากพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อผู้ป่วยได้คำแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะบุคคลของตนเองแล้วนั้น ทำให้การดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้ดีขึ้น ส่งผลให้ ADLs ของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมฯ ในการวิจัยนี้ยังตอบสนองต่อนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่เน้นบุคลากรทางสุขภาพให้การดูแลที่มีความเป็นเฉพาะบุคคล (tailor-made care) โดยเน้นการตระหนักถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และสามารถปฏิบัติได้ตามบริบทที่เป็นจริง เพื่อจัดการบริการการดูแลที่สอดคล้องและเหมาะสมต่อไป ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลติดตามต่อเนื่องภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกต่ำกว่า ทั้งนี้สนับสนุนได้จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้านี้ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในลักษณะนี้ สามารถเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเป็นระยะสำคัญที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นตัวภายหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้สภาวะร่างกาย

กลับคืนมาใกล้เคียงกับสภาวะปกติก่อนการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 3-6 เดือนแรกภายหลังการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก อาจต้องการข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอตลอดจนต้องการสนับสนุนด้านข้อมูลเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก หลังการทดลอง (หลังจำหน่าย 3 เดือน) ของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพทั้งด้านการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ผ่านกิจกรรมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Meleis ผ่าน 3 กิจกรรม ดังนี้ 1) การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน ประเมินปัญหาและความต้องการจากผู้ดูแลผู้ป่วย 2) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ด้วยให้ข้อมูล โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต้องการข้อมูลเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านในการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายต่อผู้ดูแล และ 3) ใช้การบำบัดทางการพยาบาลที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจ สนับสนุน ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกให้เปลี่ยนผ่านได้อย่างราบรื่น ประกอบกับมีการติดตามเยี่ยมผู้ดูแลทาง LINE OA ซึ่งจะมีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองคอยสนับสนุนการช่วยเหลือให้ข้อมูลต่าง ๆ มีการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคร่วมกับผู้ดูแลเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการทบทวนวิธีการ



ปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งหากปฏิบัติได้ถูกต้อง พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองมีการกล่าวชมเชยให้กำลังใจในทันที หากผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะให้ข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้กำลังใจ สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านไปได้อย่างราบรื่นส่งผลให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก หลังการทดลอง (หลังจำหน่าย 3 เดือน) ของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสุปรีดา มั่นคง ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ ลิลาจรัส (2559)(11)ที่พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่มีลักษณะเดียวกันคือมีการสนับสนุนเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแล ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมการดูแลเมื่อ 1 เดือนหลังจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing พบว่า สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ให้ได้รับการดูแลและต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่บ้าน สามารถส่ง

ข้อมูล หรือปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้ ADLs ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่นำสู่การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในขณะเดียวกัน โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing ยังสามารถนำมาใช้ในการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรกเพื่อให้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing ควรมีการตรวจสอบความเข้าใจ และซักซ้อม กับผู้ป่วย และผู้ดูแล ในการใช้เทคโนโลยีเมื่ออยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านโดยพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ Tele-nursing ควรมีการติดตามผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดครั้งแรก ควรมีการติดตามอย่างน้อย 3 เดือน และอาจขยายระยะเวลาในการติดตามผลในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามความยั่งยืนในผลของโปรแกรมฯ



References

1. Department of Disease Control, Division of Non Communicable Disease [Internet]. Number and inpatient rate in 2016 - 2018 (hypertension, diabetes, coronary artery disease, cerebrovascular disease, COPD); 2019; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>. [In Thai].
2. Somsak T. Stroke incidence in Thailand. Thai journal of Neurology. 2022;39(2):39-46. [In Thai]
3. Tooth L, McKenna K, Barnett A, Prescott C, Murphy S. Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. Brain Injury. 2005;19(12):963-74.
4. Zhou J, Liu F, Zhou M, Long J, Zha F, Chen M, et al. Functional status and its related factors among stroke survivors in rehabilitation departments of hospitals in Shenzhen, China: a cross-sectional study. BMC Neurology. 2022;22(1):173.
5. Kimura Y, Ohji S, Ishiyama D, Nishio N, Otobe Y, Suzuki M, et al. Factors associated with functional recovery in Japanese patients with convalescent stroke stratified by age: a multicenter observational study. International Journal of Rehabilitation Research. 2019;42(3):249-55.
6. Boontarika M, Siriphan S. Selected factors related to physical functional ability among stroke older persons. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2019;31(3):87-100. [In Thai].
7. Narongkorn C, Nichapat M. The effects of family empowerment program on knowledge and skills in caring of patients with cardiovascular disease. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2020;32(3):1-14. [In Thai].
8. Chalermwannapong S, Panuthai S, Srisuphan W, Panya P, Ostwald SK. Effects of the transitional care program on functional ability and quality of life of stroke survivors. CMU J Nat Sci. 2010;9(1):49-66. [In Thai].
9. Nuntakarn P, Yupapin S, Supreeda M, Sirirat L. Effects of a transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. Rama Nurs J. 2016;22(1):65-80. [In Thai].
10. Meleis AI. Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010. 664p.
11. Supreeda M, Yupapin S, Sirirat L. Effectiveness of transitional care program for stroke patients and family caregivers from hospital to home. Journal of Public Health Nursing. 2016;30(3):84-101. [In Thai].
12. Supattra P, Sriwana W, Niramai M, Waraporn K. Effectiveness of transitional care



- program on activities of daily living and quality of life among elderly with stroke at chiang mai neurological hospital. Journal of Health Science. 2018;27(3): 500-9. [In Thai].
13. Condon C, Lycan S, Duncan P, Bushnell C. Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/registered nurse transitional stroke program. Stroke. 2016;47(6):1599-604.
 14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed). Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988:579p
 - Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic press; 1988. 567p.
 15. Sutthichai J. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 1999. [In Thai].
 16. Virapun W. Development of the thai family care inventory [dissertation]. [Oregon]: Oregon Health & Science University; 2002. 261p.
 17. Wineeta P, Piyanuch J, Apornitip B. Effects of an supportive-educative nursing program on caregivers' caring capabilities and abilities to perform activities of daily living of muslim patients with stroke. Rama Nurs J. 2021;27(3):343-59. [In Thai].
 18. Wirarat N. Effects of a hospital-to-home transitional care program on activities of daily living, patients' complications, and self-management ability of caregivers. Journal of Nursing and Public Health Research. 2022;2(3):57-70. [In Thai].



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ปริญธร อยู่คง*, เพ็ญพักตร์ อุทิศ**, เมธีวัชร จิตเดชะ***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 42 ครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน 3) แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และ 4) แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: บุคลากรทางสุขภาพควรนำรูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่/ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ/ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

*** นายแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



The Effect of New Normal Self and Family Management Program on Relapse Preventive Behavior of Persons with Schizophrenia in Community

Parichat Yookong*, Penpaktr Uthis**, Mayteewat Chiddaycha***

Abstract

Purpose: To study the effect of the new normal self and family management program on relapse prevention behavior of persons with schizophrenia in community.

Design: Quasi-experimental research.

Method: The sample were persons with schizophrenia in community and his/her family caregiver 42 families who met the inclusion criteria and received service at Psychiatric clinic King Chulalongkorn Memorial Hospital (TRCS). Divided into the experimental group and the control group, 21 families per group. Research instruments comprised of 1) The new normal self and family management program 2) questionnaire on relapse prevention behaviors of persons with schizophrenia 3) scale on self management ability of persons with schizophrenia and 4) scale on caregiver's self and patient management ability. All instruments were verified for content validity by professional experts. Data were analyze using descriptive statistics and t-test.

Result: Relapse prevention behavior of experimental group after received the new normal self and family management program was significantly better than that before receiving the program at $p .05$ and Relapse prevention behavior of experimental group was significantly better than control group at $p .05$

Conclusion: Health workers should adopt the new normal self and family management program to promote relapse prevention behaviors among persons with schizophrenia in community.

Keyword: The new normal self and family management program, Relapse prevention behavior, Persons with schizophrenia in community.



บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม¹ และเป็นโรคทางจิตเวชชนิดที่พบบ่อย สอดคล้องกับรายงานกรมสุขภาพจิตประจำปี 2563 ที่พบบุคคลที่เป็นจิตเภททั่วประเทศจำนวน 37,069 คน จากบุคคลที่มารับบริการด้านจิตเวชจำนวน 146,233 คน คิดเป็นร้อยละ 25.35 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่น ๆ² ซึ่งบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้วจะถูกจำหน่ายออกเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน¹ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องเพื่อลดและป้องกันปัญหาการป่วยซ้ำ แต่ในปัจจุบันพบว่าจำนวนบุคคลที่เป็นจิตเภทมีการป่วยซ้ำจนต้องมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยการป่วยซ้ำเป็นการที่บุคคลมีอาการกำเริบ ขาดการรักษาและมีการปรับยาภายใน 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล³ และเมื่อมีการป่วยซ้ำจะส่งผลกระทบต่อบุคคลที่เป็นจิตเภท ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และการสื่อสาร⁴ ผลกระทบต่อผู้ดูแล ได้แก่ เกิดความเครียด สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา⁵ และผลกระทบต่อชุมชน ได้แก่ คนในชุมชนเกิดความหวาดกลัวบุคคลที่เป็นจิตเภท⁶ จึงมีความจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มนี้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องเพื่อลดการป่วยซ้ำและผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Relapse prevention behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลที่เป็นจิตเภทกระทำในการดูแลตนเองโดยเน้นการรับรู้การเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาอย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบจนเกิดการป่วยซ้ำและต้องกลับมารักษาซ้ำอีก โดยบุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเองและเต็มใจเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำทั้งในขณะที่ปกติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านผู้ดูแล สำหรับปัจจัยด้านบุคคล พบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนขาดความสามารถในการจัดการตนเองลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ 1) ไม่สามารถรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและจัดการต่อปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ 2) ขาดความสามารถในการจัดการตนเอง ระบอบการหรือความผิดปกติของตนเอง รวมถึงสัญญาณเริ่มต้นของการป่วยซ้ำไม่ได้ 3) ขาดความสามารถในการควบคุมกำกับการใช้ยาของตนเอง และ 4) ขาดความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแสวงหาความช่วยเหลือ⁸ สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ การที่ผู้ดูแลขาดความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของตนเอง ซึ่งผู้ดูแลถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นจิตเภทมากที่สุด แต่มีบุคคลที่เป็นจิตเภทน้อยกว่าร้อยละ 7 ที่ได้รับการจัดการโดยผู้ดูแล ดังนั้นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนได้รับการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง⁹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The revised self- and family management) ของ Grey et al.¹⁰ สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและผู้ดูแลเกิดทักษะที่ถูกต้องในการจัดการตนเองและนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ การป้องกันการป่วยซ้ำได้ ซึ่งการจัดการตนเองและครอบครัวตามแนวคิดนี้ กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค กระบวนการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว โดยมุ่งเน้นในการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว โดยจากการศึกษาของ ญณัช บัวศรี และคณะ¹¹ ได้ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยา อาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ



ในการเลือกบริโภคอาหารที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับโรคจิตเภท นอกจากนี้ในปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องมีการปรับระบบบริการเป็นวิถีใหม่โดยเว้นระยะการนัดติดตามอาการผู้ป่วยมากขึ้น และบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนนับเป็นผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำย่อมมีความสำคัญอย่างยิ่ง และจากสถิติดิจิทัลของประเทศไทย¹² พบว่าประเทศไทยมีผู้ใช้ Facebook ถึง 47 ล้านคน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลสามารถจัดการกับการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ John et al.¹³ พบว่าการใช้ Facebook ช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ที่มีอาการทางจิตขั้นรุนแรงได้

ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ มาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างเหมาะสม แต่ในปัจจุบันยังไม่พบการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในบุคคลที่เป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นโรคเรื้อรังผ่านทางออนไลน์ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่จากแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมผ่านช่องทางกลุ่ม Facebook ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพนัดหมายทำกิจกรรม และมอบหมายหน้าที่แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการแสดงออกทาง

อารมณ์อย่างเหมาะสมและสนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ อันจะส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนไม่เกิดการป่วยซ้ำและสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างสงบสุข

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่แตกต่างกันหรือไม่

2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่

2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้มีการนำมิติด้านกระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองและ



ครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ มาสร้างเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ที่เป็นกระบวนการที่มุ่งจัดการกับปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ซึ่งเนื้อหาภายใต้กระบวนการจัดการตนเอง 3 ขั้นตอน ถูกออกแบบให้ครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ๆ ดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้
ขั้นที่ 1 การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการต่อการเจ็บป่วย (Focus on illness need)

ครั้งที่ 1 กิจกรรมสัมพันธ์สรรค์สร้าง

- การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ผู้ดูแล และพยาบาล
- ประเมินความต้องการด้านพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ขั้นที่ 2 การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources)

ครั้งที่ 2 กิจกรรมประสบการณ์สู่ความรู้

- ประเมินและให้ความรู้ ความเชื่อและตั้งเป้าหมายต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมาย

- การให้ความรู้และแจกคู่มือในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมเตือนใจเรา

- ส่งเสริมทักษะการจัดการอาการเตือน

ครั้งที่ 5 กิจกรรมรักษายา

- ส่งเสริมทักษะใช้ยาที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมสุขใจคลายปัญหา

- ส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ขั้นที่ 3 การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition)

ครั้งที่ 7 กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิต

พฤติกรรม
ป้องกัน
การป่วยซ้ำของ
บุคคล
ที่เป็นจิตเภท
ในชุมชนตาม
แนวคิดของ
Meijel
et al.⁷

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบ² กลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศไทย และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคจิตเภท และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง และผู้ดูแลหลักในครอบครัว โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เสร้า และสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมน้อยระหว่างการรักษา 2) เป็นบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด 3) เป็นบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 4) เป็นบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่มี Smart Phone/คอมพิวเตอร์ที่สามารถดาวน์โหลด Facebook ได้และมีบัญชี Facebook 5) เป็นผู้ดูแลที่ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทมากกว่า 6 เดือน 6) เป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือกฎหมายกับบุคคลที่เป็นจิตเภท เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร และ 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบกำหนด และ 2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแทรกซ้อนทางร่างกายหรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง

ผู้วิจัยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบที่ 80%¹⁴ ค่าขนาดอิทธิพล 0.88 อ้างอิงจากงานวิจัยของ ญณ์ช บัวศรี และคณะ¹¹ เนื่องจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนได้ขนาดที่น้อยเกินไปส่งผลให้ไม่เพียงพอต่อการอนุมานไปถึงประชากรทั่วไปได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้งานวิจัยของ ญณ์ช บัวศรี และคณะ¹¹ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 ครอบครัว และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 2015 ดังนั้นจะมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 ครอบครัว โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 21 ครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลต่อผลการวิจัย ได้แก่ อายุและระดับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยผู้วิจัยได้นำมิติในด้านกระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey et al.¹⁰ พัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ผ่านการพบปะกันร่วมกับ Facebook (Closed Group) ทั้งหมด 8 กิจกรรม รวมทั้งมีคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองครอบครัวตามวิถีใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวประกอบกิจกรรม และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่



ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบและเติมคำในส่วนของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีข้อความจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน และประวัติการใช้สารเสพติด และส่วนของผู้ดูแลมีข้อความจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพกับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และผู้ที่ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทตามแนวคิดของ Meijel et al.⁷ พัฒนาขึ้นโดย วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์¹⁶ และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนที่จะมีการป่วยซ้ำ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้องตามแนวคิดของ Meijel et al.⁷ และเป็นแบบสอบถามที่มีมาตราส่วน 5 อันดับ มีข้อความจำนวน 14 ข้อ ใช้ประเมินก่อนและหลังการทดลอง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจากข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อยที่สุด (1 คะแนน) - ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด (5 คะแนน) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ .87

3) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) ซึ่งประกอบด้วยข้อความทั้งหมด

18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน โดยมีเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา คือ คะแนนอยู่ในระดับน้อย คะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

4) เครื่องมือกำกับการทดลอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดของ Grey et al.¹⁰ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 15 ข้อ และเป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) - ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .86 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ .81

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดของ Grey et al.¹⁰ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 15 ข้อ และเป็นลักษณะแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจาก ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) - ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 และพบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ .81 ซึ่งเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลต้องมีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (21-30 คะแนน) ถึงระดับสูงมาก (31-45 คะแนน) จึงจะถือว่า ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะกำกับการทดลองทันทีเมื่อสิ้นสุด



กิจกรรมครั้งที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1 และกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 6 หากไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับทดลองผู้วิจัย บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และผู้ดูแลจะร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหากว่าคะแนนจะถึงเกณฑ์ที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้รับอนุมัติเลขที่โครงการวิจัย 0769/65 วันที่รับรอง 16 กุมภาพันธ์ 2566 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ โดยดำเนินการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่เดือนเมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2566 ชี้แจงเกี่ยวกับการรักษาความลับ และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าการสมัครใจหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ หากประสงค์จะออกจากการวิจัยสามารถแจ้งผู้วิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และหากกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อที่เป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) **ขั้นเตรียมการทดลอง** โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองและครอบครัว พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับทางคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช เพื่อชี้แจงการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบ

เวชระเบียนของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย และเข้าพบในวันที่มาตรวจตามนัด โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

2) ขั้นตอนการทดลอง

2.1) กลุ่มควบคุม

2.1.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนการทดลอง

2.1.2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจตามที่แพทย์นัดหมาย โดยการตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและการติดตามอาการของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้ข้อคำถามดังนี้ "ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการหรือความรู้สึกนึกคิดเป็นอย่างไรบ้างคะ" การสอบถามความรู้สึกผู้ดูแล โดยใช้ข้อคำถามดังนี้ "ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกนึกคิดเป็นอย่างไรบ้างคะ" การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง เช่น การจัดการอารมณ์และความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อลดสิ่งกระตุ้น รวมทั้งการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพบุคคล

2.1.3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลอง

2.2) กลุ่มทดลอง

2.2.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนประเมิน



พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสอบถาม
พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำก่อนการทดลอง

2.2.2) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 10 ครอบครัว และกลุ่มที่ 2 จำนวน 11 ครอบครัว พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมสัมพันธ์
สรรค์สร้างผ่านรูปแบบ Face to face ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ วัน เวลา และสถานที่ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภท และความต้องการเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรมจากประสบการณ์สู่เป้าหมายผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยซ้ำและพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การทบทวนปัญหาการป่วยซ้ำ การวิเคราะห์สาเหตุ การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมจากความรู้สู่เป้าหมายผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง และให้ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ การสังเกตและการจัดการอาการเตือนของบุคคลที่เป็นจิตเภทให้แก่ผู้ดูแล และมีความรู้การจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำประกอบกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเตือนใจเราผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับวิธีการรับรู้และจัดการอาการเตือน พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไปพร้อมกัน และมีการมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทมีอาการเตือนและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมรักษายาผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตหลักการใชยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติร่วมกัน และมีมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทต้องมียาของตนเองและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมสุขใจคลายปัญหาผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการเผชิญปัญหา การจัดการความเครียดของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน และวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ดูแล พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไปพร้อมกัน และมีการมอบหมายสถานการณ์ที่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดปัญหาและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมประยุกต์ใช้ในชีวิตผ่านรูปแบบ Facebook ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามการจัดการตนเองของแต่ละครอบครัว การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันและวางแผนการแก้ไข

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมผลลัพธ์ประทับใจผ่านรูปแบบ Face to face ใช้เวลา 45 นาที โดยผู้วิจัยมีการติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองและครอบครัวความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลอง

3) ขั้นตอนการทดลอง

3.1) การกำกับการทดลองในบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 และกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 6



3.2) การกำกับการทดลองในผู้ดูแล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังการสิ้นสุดกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 และกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 6

4) ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลเป็นจิตเภทก่อนทดลองและหลังการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 7 และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ค่าทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
- 2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- 3) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ

ทดสอบที (Independent t-test) และ 4) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน พบว่า บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้งหมด 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 28 คน (ร้อยละ 66.7) มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 30.6) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 78.5) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.8) มีอาชีพว่างงาน (ร้อยละ 59.5) มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 47.6) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน 11-20 ปี (ร้อยละ 38.1) และส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติด (ร้อยละ 92.9)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 28 คน (ร้อยละ 73.8) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 30.9) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 50.0) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 47.6) มีอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 30.9) มีสัมพันธภาพเป็นพี่/น้อง (ร้อยละ 45.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอ (ร้อยละ 90.5) มีระยะเวลาที่ดูแลบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน 11-20 ปี (ร้อยละ 38.1) และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพี่/น้องของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน (ร้อยละ 45.2)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง พบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.67$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ดูแลที่เป็นจิตเภทในชุมชน กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.42$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.181$) แต่หลังจากการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.380$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

คะแนนพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำ	M	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 21)						
ก่อนการทดลอง	48.2	4.75	ปานกลาง	20	12.67	<0.001*
หลังการทดลอง	63.2	5.81	มากที่สุด			
กลุ่มควบคุม (n = 21)						
ก่อนการทดลอง	48.5	3.71	ปานกลาง	20	1.42	0.171
หลังการทดลอง	49.0	3.83	มาก			

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำ	M	SD.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	48.2	4.75	ปานกลาง	40	-0.181	0.857
กลุ่มควบคุม	48.5	3.71	ปานกลาง	40		
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	63.2	5.81	มากที่สุด	40	9.380	<0.001*
กลุ่มควบคุม	49.0	3.83	มาก	40		

* $p < 0.05$



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยจำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมป้องกัน							
การป่วยซ้ำของบุคคล ที่เป็นจิตเภทในชุมชนทั้ง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	(n=21)		(n=21)				
3 ด้าน	Mean	SD	Mean	SD			
1. ด้านการรับรู้อาการเตือน	15.4	1.86	21.4	3.59	7.40	20	<0.001*
2. ด้านการดูแลตนเองด้าน							
การเตรียมเผชิญปัญหา	13.7	2.18	17.9	2.37	8.14	20	<0.001*
3. ด้านการใช้ยาอย่างถูกต้อง	19.1	2.85	24.1	0.79	7.86	20	<0.00*
รวม	48.2	4.75	63.2	5.81	12.67	20	<0.001*

*p < 0.05

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนด้านการรับรู้อาการเตือนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.40$) ซึ่งเป็นด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการจัดการตนเองของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ พบว่า ช่วยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

และครอบครัวตามวิถีใหม่ และเกิดความตระหนักถึงสาเหตุและผลกระทบของการป่วยซ้ำที่มาจากตนเองและผู้ดูแล และนำไปสู่ความต้องการที่จะจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (Focus on illness need) ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาวะการเป็นเจ้าของความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง และจากการสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว (Activating resources) โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้อาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ให้แก่บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล การให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการอารมณ์และการสื่อสารอย่างเหมาะสมแก่ผู้ดูแลผ่าน Facebook เพื่อเอื้ออำนวยให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการจัดการตนเองที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในชุมชน โดยมีการใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย (Living with the condition) และผสมผสานความรู้และทักษะให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละครอบครัว เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสา โพธิ์อิม และอรพรรณ สือนุญธวัชชัย¹⁷ พบว่า การให้ความรู้และฝึกทักษะของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำให้แก่ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทและครอบครัว ส่งผลให้



บุคคลที่เป็นจิตเภทเกิดความเข้าใจในความเจ็บป่วยและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และผลจากการใช้ Facebook ในการสื่อสารและติดตาม พบว่าช่วยสนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนเกิดความตระหนักและใส่ใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cullen et al.¹⁸ พบว่าการใช้เทคโนโลยีเข้ามาให้ความรู้และทักษะในการรับประทานยา การระบุนาฬิกาเตือน และการจัดการความเครียด ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทเกิดความสามารถในการจัดการตนเองและรับมือกับสถานการณ์ที่จะก่อให้เกิดการป่วยซ้ำได้ ทั้งนี้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีซึ่งถือว่าเป็นธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศไทย ที่ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทมีความรู้ในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเป็นพื้นฐานเดิม ทั้งนี้ผู้วิจัยมีหน้าที่เพิ่มเติมความรู้และทักษะของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในส่วนที่ขาดหายไปให้สมบูรณ์และต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่สนับสนุนให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งมีความแตกต่างจากการให้การพยาบาลตามปกติ โดยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้คำปรึกษาปัญหารายบุคคล ซึ่งทำให้กลุ่มควบคุมมีความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเป็นพื้นฐานเดิมแต่ยังไม่มี การส่งเสริมการนำความรู้และทักษะเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำไปผสมผสานในการดำเนินชีวิตในชุมชน และยังคงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการป่วยซ้ำซึ่งผลจากการให้โปรแกรมการจัดการตนเองและ

ครอบครัวตามวิถีใหม่กับกลุ่มทดลอง พบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยยึดหลักการใช้กระบวนการจัดการตนเองที่เน้นตามความต้องการต่อความเจ็บป่วย การสนับสนุนด้วยการให้ความรู้และทักษะเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำผ่าน Facebook จนก่อให้เกิดความสามารถในการจัดการตนเองร่วมกับผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเกิดความสามารถในการจัดการอาการและลดความรุนแรงของโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ทั้งนี้ยังมีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคจากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่บุคคลที่เป็นจิตเภทจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เนื่องจากไม่สามารถผสมผสานความรู้ที่มีอยู่ให้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ และก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ จึงต้องมีการร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไข ส่งผลให้บุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลได้รับรู้ถึงประสิทธิภาพของการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติจริงและเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่หลังการให้โปรแกรมในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา
- 2) ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 3) ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ไปประยุกต์ใช้ในบุคคลที่เป็นจิตเภทที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันออกไป เช่น ในโรงพยาบาลของรัฐบาล หรือโรงพยาบาลทางจิตเวชอื่น ๆ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่ให้การ
สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยในครั้งนี้

Reference

1. Lotrakul M, Sukanich P. Psychiatry Ramathibodi. 3rd ed. Bangkok: Swicham; 2012. [In Thai].
2. Department of mental health data center. Report of patients receiving psychiatric services budget year 2020 [Internet]. Nonthaburi: Department of mental health; 2019 [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/> [In Thai].
3. Lader M. What is relapse in schizophrenia. Int Clin Psychopharmacol. 1995;9(5):5-9.
4. Stithyudhakarn S. Recurrence in patients with chronic schizophrenia: situation and prevention approaches. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2016; 28(3):1-15. [In Thai].
5. Khalil SA, Elbatrawy AN, Saleh NM, Mahmoud DAM. The burden of care and burn out syndrome in caregivers of an Egyptian sample of schizophrenia patients. Int J Soc Psychiatry 2022;68(3):619-27.
6. Almond S, Knapp M, Clement F, Toumi M, Brugha T. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes, and quality of life. BJPsych Int. 2004;184(Apr):346 - 51.
7. Meijel VB, Gagg VD M, Kahn SR, Grypdonck FHM. Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs 2003;17(3):117-125.
8. Eisner E, Barrowclough C, Lobban F, Richad D. Qualitative investigation of targets for and barriers to interventions to prevent psychosis relapse. BMC Psychiatry 2014;201(14):1-14.
9. Dixon L, McFarlane W, Hornby H, McNary S. Dissemination of family psychoeducation: The importance of consensus building. Schizophr Res 1999;36(1):339.
10. Grey M, Schulman-Green D, Knalf K, Reynolds NR. A revised Self-and Family Management Framework. Nurs Outlook 2015;63(2):162-170.
11. Buasri Y. Effects of self-and family management program on dietary behavior and blood sugar level among persons with type 2 diabetes. [master thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. 89p. [In Thai].
12. Digital Thailand [Internet]. [place unknown]: Hootsuite; 2020. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://library.coj.go.th/th/media/53795/media-53795.html>. [In Thai].
13. John AN, Kelly AA, Lisa AM, Gregory JM, Stephen JB. Facebook for Supporting a Lifestyle Intervention for People with Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, and Schizophrenia: an Exploratory Study. Psychiatr Q 2018;89 (1):81-94.
14. Gray, J.R., Grove, S.K., Sutherland, S. Burns & Grove's The practice of nursing



- research. 8th ed. China: Elsevier Saunders; 2015. 736p.
15. Polit, D.F. Statistics and data analysis for nursing research. 2nd ed. London: Pearson Education; 2010. 440p.
16. Piboonarluk W. Effect of health promotion program on relapse prevention behavior in schizophrenic patients. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2010;4(1):1-9. [In Thai].
17. Phoim W, Lueboonthavatchai O. Effects of Psychoeducation on Relapse Preventive Behaviors in Schizophrenic Patients in Community. *The journal of psychiatric nursing and mental health*. 2012;26(1): 50-61. [In Thai].
18. Cullen BA, Rodriguez K, Eaton WW, Mojtabai R, Von Mach T, Ybarra ML. Clinical outcomes from the texting for relapse prevention (T4RP) in schizophrenia and schizoaffective disorder study. *Psychiatry Res*. 2020;292:1-5.



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

พัชรินทร์ พรหมโคตร* สุวีพร ธนศิลป์** กิตต์วดี ศักดิ์ศรีชัย***

คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพศหญิงอายุ 20- 60 ปี จำนวน 135 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ความรอบรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย: ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=69.04$, $SD =11.78$) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=-.400$) ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r=.324$) และความกลัวการกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r=.380$)

สรุป: การประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เช่น อาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการและความกลัวการกลับเป็นซ้ำ จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลและหาแนวทางการป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในอนาคตได้

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย/ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม/ การสนับสนุนทางสังคม/ ความทุกข์ทรมานจากอาการ/ ความรอบรู้ทางสุขภาพ/ ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้วยภูมิปัญญาตะวันออก

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก E-mail: s_thanasilp@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



Factors Related to Uncertainty in Breast Cancer Survivors

Phatcharin phromcrot* Sureeporn Thanasilp** Kitwadee Saksornchai***

Abstract

Purpose: To study the factors associated with uncertainty in illness among breast cancer survivors.

Design: Descriptive correlation research.

Methods: The participants were one hundred and thirty-five of female breast cancer survivors aged 20 to 60 years. The instruments used for data collection included the personal information questionnaire, the Mischel's Uncertainty in Illness Scale: Community form, Fear of Cancer Recurrence Inventory short-form, health literacy, social support, and Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS-SF questionnaires. Data was analyzed using Pearson's production-moment correlation.

Results: The study findings revealed that breast cancer survivors had a moderate level of uncertainty in illness ($\bar{X}=69.04$, $SD=11.78$). Education level was significantly negatively correlated with uncertainty in illness ($r=-.400$, $p<.05$). There was a significant positive correlation ($r=.324$, $p<.05$) between symptom distress and uncertainty in illness, but a significant negative correlation ($r=-.380$, $p<.05$) between fear of cancer recurrence and uncertainty in illness in breast cancer survivors.

Conclusion: Nurses can assessment these factors such as symptoms, symptom distress, and fear of cancer recurrence, which can affect uncertainty in illness among breast cancer survivors. It will help healthcare providers in developing nursing care plans to prevent uncertainty in illness and complications in the future.

Keyword: uncertainty in illness/ breast cancer survivors/ social support/ symptoms distress/ health literacy/ fear of cancer recurrence

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2023, 35(3) : 43-56

Article info: received June 21, 2023; revised December 11, 2023 ; accepted December 15, 2023

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

** Corresponding author, Associate professor and Director of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Sattaphat Building, Pathum Wan, Bangkok Thailand 10330.

Research Advisor. E-mail: s_thanasilp@hotmail.com

*** Assistant Professor Dr. King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red cross Society



บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมถือเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงและคุกคามต่อชีวิต พบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 2.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.1 ในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน เช่น การผ่าตัด ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี หรือฮอร์โมนบำบัด รวมทั้งยารักษาแบบมุ่งเป้า ทำให้อัตราการตายจากมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มลดลง¹ ทำให้มีจำนวนผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมสูงถึง 6 ล้านคนทั่วโลก² ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงได้รับผลกระทบจากโรคและภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาที่เคยได้รับ แต่กลับพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพลดลง มีความยากลำบากในการปรับตัว เพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ³ ผลกระทบของโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต กระทบต่อมิติความเป็นองค์รวมด้านสุขภาพคือ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น อาการอ่อนล้า แขนขาบวม ปวด ภาวะลักษณะเปลี่ยนแปลง เป็นต้น ด้านจิตสังคม สูญเสียบทบาททางสังคม การทำงาน การเป็นภรรยา การเป็นมารดา ส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น⁴ มีความเครียดและวิตกกังวล กลัวการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ⁵ เกิดภาวะเศร้าโศก หดหู่ รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตต่อความเจ็บป่วย และความตายเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตของตนเอง⁶ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วย ที่เป็นอยู่และการดำเนินของโรคในอนาคต⁷

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ด้านลบ ที่สำคัญและพบอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมทั้งในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม^{8,9} เกิดขึ้นได้ตลอดทุกช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย กำลังรักษา หรือแม้กระทั่งการรักษาสิ้นสุดไปแล้ว ความ

รู้สึกไม่แน่นอนของบุคคล เป็นผลจากการประเมินและให้ความหมายของเหตุการณ์ หรือเรื่องราวที่บุคคลประสบ เป็นความสามารถในการประเมินของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยประสบมาก่อน ข้อมูลที่ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา อาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และการรักษาที่เคยได้รับ ภาวะสุขภาพ หรือปัญหาที่กำลังเผชิญ⁸ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง จะประเมินว่าเป็นอันตราย ทำให้มองโลกในด้านลบ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ¹⁰ เกิดความเครียด เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดภาวะซึมเศร้า ขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหา เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วย ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง¹¹

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย^{10,12,13} ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุน้อย จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า เนื่องจากมีความกลัวการกลับมาของโรค รวมถึงมีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับบทบาทต่าง ๆ มากกว่า¹⁴ ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถแสวงหาข้อมูล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคและความเจ็บป่วย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลทำให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ¹⁴ อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการรักษา หากผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนจากโรค และการรักษารุนแรง ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ยิ่งอาการนั้นมีความรุนแรง เกิดความทุกข์ทรมานมาก ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง³ การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคอาการแทรกซ้อน ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากทีมสุขภาพ จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้มาก¹⁵ เพราะไม่มั่นใจว่า อาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิด



จากการกำเริบของโรค บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค หรือเป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษาที่เคยได้รับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน¹⁶ นอกจากนั้นยังพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์และนำข้อมูลที่ได้ ทำความเข้าใจ รวมทั้ง นำมาประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม ไม่เข้าใจเหตุผลในการรักษา ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดจากโรคและการรักษา มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ถึงแม้จะมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำก็ตาม¹⁷⁻¹⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งส่วนมากเป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยอาจมีปัจจัยด้านเชื้อชาติ สังคม และวัฒนธรรมความเชื่อ ที่แตกต่างกัน และในประเทศไทยเอง มีการศึกษาความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากมาย รวมถึงโรค มะเร็งเต้านมด้วยแต่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยที่กำลังรักษาอยู่ ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้รอดชีวิตที่จบการรักษาไปแล้ว และอยู่ในช่วงของการเฝ้าติดตามการกลับมาเป็นซ้ำของโรค การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ร่วมกับการคัดเลือกปัจจัยที่เคยศึกษาในบริบทใกล้เคียงกัน มาศึกษาในครั้งนี้

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลความรู้ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะเป็นแนวทางในการพัฒนา กระบวนการพยาบาลดูแล เพื่อป้องกัน และช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel MH & Braden CJ.⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาเป็น

แนวทางในการคัดเลือกตัวแปร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ไม่สามารถเข้าถึงความหมาย ไม่สามารถระบุ ทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ ซึ่ง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือของความเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนของการรักษาและของระบบการดูแล 3) การได้รับข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือหรือเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับและ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและผลของการเจ็บป่วย โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วย

1. แบบแผนของสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) อาการแสดงและความรุนแรงของโรค (Symptom pattern) ความคุ้นเคยสภาพแวดล้อมของระบบบริการสุขภาพและการรักษา (Event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event congruence)

2. ความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (Cognitive capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลข่าวสาร ความสามารถในการคิด ไตร่ตรอง และทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น

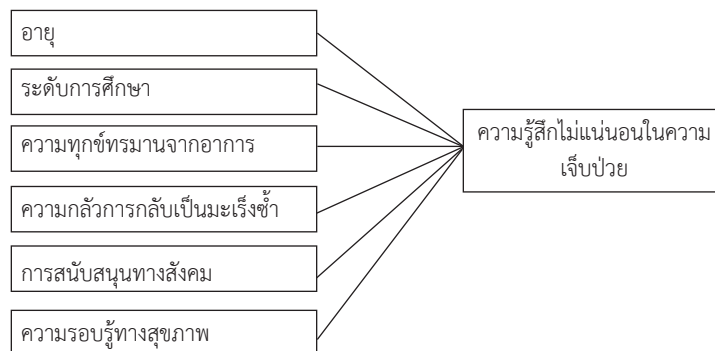
3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน (Structure providers) เช่น การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อในเจ้าหน้าที่ที่มอบคุณภาพ

ตัวแปรที่ผู้วิจัยคัดเลือกมา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ผู้วิจัยอธิบายด้วยเหตุผล ดังนี้ อายุเป็นตัวแปรที่มาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยอายุมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ การดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง การตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น เพื่อคงความมีภาวะสุขภาพที่ดี ระดับการศึกษา อยู่ในกรอบของแหล่งประโยชน์ มีผลต่อการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้น ทำให้มีสติปัญญาทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี ทำให้มองเห็นสิ่งเร้าได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถทำนายและคาดเดาอาการและอาการแสดง ที่อาจจะเกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาได้ การสนับสนุนทาง



สังคม เป็นปัจจัยที่อยู่ในแหล่งประโยชน์ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลอันเป็นที่รัก หรือแม้กระทั่งบุคคลอื่นในสังคมที่มีสุขภาพ ช่วยทำให้สามารถเข้าใจถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและกำลังเผชิญอยู่ ความทุกข์ทรมานจากอาการที่เป็นปัจจัยที่อยู่ในแบบแผนของสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมต้องเผชิญ เป็นระยะเวลานานตลอดการเจ็บป่วย ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มาจาก

บุคคล ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ รวมทั้งความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลที่มีได้อย่างเหมาะสม เพื่อปฏิบัติการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เป็นตัวแปรที่มาจาก การพบทวนวรรณกรรม เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความไม่แน่นอน ในภาวะสุขภาพของตนเอง ผลการรักษาที่ได้รับเป็นความรู้สึกกลัว กังวล ห่วง ว่าตนเองจะกลับเป็นมะเร็งอีกครั้ง ที่อวัยวะเดิมหรือเกิดขึ้นที่อวัยวะอื่นของร่างกาย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

2. ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (correlational research design)

ประชากร คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพศหญิง อายุ 20-60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพศหญิงอายุ 20-60 ปี จบการศึกษาลึกโดยการทำ



ผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดและยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจง ต่อเซลล์มะเร็งอย่างน้อย ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ที่เข้ารับบริการที่คลินิกมะเร็งเต้านมครบวงจร (ตึกอภินิหารชั้น 2) ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และศูนย์เคมีบำบัดผู้ป่วยนอกสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 135 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เพื่อเลือกโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครมา 2 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์กรอิสระ จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดมาสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และสังกัดองค์กรอิสระ คือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคิดตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาลโดยคำนวณเป็นสูตรบัญญัติไตรยางค์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 135 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามรวมทั้งหมด 6 ชุด ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม

2) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ฉบับชุมชนของมิเชล¹⁹ จำนวน 23 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ใช้ในการประเมินทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย ความคลุมเครือ ความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษา และระบบการดูแล การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษา และผลของการเจ็บป่วย ข้อคำถามทั้งหมดมีทั้งความหมายทางด้านบวกและด้านลบ การแปลผลใช้คะแนนรวมทั้ง 3 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน แบ่งระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ (ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง) ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 นำไปทดสอบใช้ใน

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

3) แบบประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) พัฒนาขึ้นโดย Simard และคณะ (2015)²⁰ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยอภินิหาร และคณะ (2018)²¹ มีทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง หมายถึงความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับที่สูง ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.88 นำไปทดสอบใช้ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

4) แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ สร้างขึ้นโดยนภาพร วาณิชยกุลและคณะ²² มีทั้งหมด 7 ด้าน รวมทั้ง 29 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่ามี 11 ระดับ (0-10) ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงระดับคะแนนที่สูงที่สุดคือ 10 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 นำไปทดสอบใช้ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981)²³ โดยทำการดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสม กับกลุ่มประชากรของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ระยะหลังจบการรักษา โดยจารุวรรณ ป้อมกลาง²⁴ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะของคำตอบ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86 นำไปทดสอบใช้ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91

6) แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ ของจิตรา ศิวรักษ์⁷ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยใช้ประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกาย ทั้งหมด 8 อาการและจิตใจ 4 อาการเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 นำ



ไปทดสอบใช้ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเอกสารรับรองเลขที่ EC COA 1188/ 2022 IRB No.1033/2564 (วันที่รับรอง 31 สิงหาคม 2565) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติเอกสารรับรองเลขที่ EC COA 005/2565 เลขรหัสโครงการ 049_2021T_OUT732 (วันที่รับรอง 11 มีนาคม 2565) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่สามารถบ่งชี้ตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ ไม่มีการนำเสนอชื่อ และข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ หรือสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ถึงเดือน เมษายน 2566 โดยมีขั้นตอน ดังนี้ ภายหลังผ่านอนุมัติจริยธรรมการวิจัยผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานฝ่ายการพยาบาล เพื่อติดต่อขอเก็บข้อมูล โดยใช้ช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยนั่งรอพบแพทย์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่า

ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลความเจ็บป่วยได้แก่ ระยะของการรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษารับวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ วิเคราะห์โดยหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย:

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 65.9 การศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา คิดเป็น ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีคิดเป็น ร้อยละ 29.6 ระยะของโรครอยู่ในระยะที่ 1 คิดเป็น ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่สิ้นสุดการรักษามาแล้ว 2-5 ปี คิดเป็น ร้อยละ 43 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด/ยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง การฉายรังสีและให้ยาต้านฮอร์โมนมากที่สุดคิดเป็น ร้อย 37.8

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.04 เมื่อนำมาพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความซับซ้อนที่เกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล ($\bar{X} = 3.33$) รองลงมาคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ และการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้ ($\bar{X} = 2.94, 2.79, 2.53$) ตามลำดับ



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมพิจารณาตามรายด้านและโดยรวม (n=135)

ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	คะแนนรวมเฉลี่ย	SD	$\bar{X}^*$	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		การแปลผล
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย				ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง	
1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	26.43	5.84	2.94	9 - 45	13 - 42	ปานกลาง
2. ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล	19.99	2.67	3.33	6 - 30	14 - 28	ปานกลาง
3. การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ	16.71	3.67	2.79	6-30	10 - 27	ปานกลาง
4. การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการเจ็บป่วยได้	5.91	1.71	2.53	2 -10	2 - 9	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	69.04	11.78	3.00	23 - 115	41 - 98	ปานกลาง

*คำนวณจากค่าเฉลี่ยรวมรายด้านหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยรวม (n = 135)

ความทุกข์ทรมานจากอาการ/ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	$\bar{X}$	SD	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	
			ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง
ความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกายและจิตใจโดยรวม	9.8	6.7	0.8-26.4	0-48
ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยรวม	16.70	6.40	0-36	4-35



จากตารางที่ 2 ความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.7 มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.8-26.4 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-48 คะแนน และความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.40 มีค่าคะแนนความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ระหว่าง 4-35 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 -36 คะแนน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=135)

การสนับสนุนทางสังคม	คะแนนรวมเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	$\bar{X}$	SD
1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	13.84	2.66	3.46	0.66
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	10.41	1.62	3.47	0.54
3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของการเงินการงาน	14.45	5.02	2.89	1.00
4. การสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบ	8.52	2.84	2.84	0.95
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	47.2	9.68	3.15	0.64

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=135)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	คะแนนรวมเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	$\bar{X}$	SD
1. ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ	38.04	7.9	7.71	1.58
2. การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ	33.7	6.49	8.43	1.62
3. ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ	34.1	5.20	8.52	1.30
4. ครอบครัวยุคใหม่	30.5	6.76	7.64	1.69
5. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	33.0	6.16	8.24	1.54
6. การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ	32.3	5.94	8.08	1.49
7. ความรับผิดชอบของตน	34.8	4.57	8.70	1.14
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม	237	35.1	8.17	1.21



จากตารางที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.2 (SD= 9.68) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด ($\bar{X}$ =3.47, 3.46 และ SD=0.54, 0.66) ตามลำดับ

จากตารางที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.17 (SD = 1.21) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบของตนมากที่สุด รองลงมาคือทักษะสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ และการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน ด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ = 8.7, 8.52, 8.43 และ SD = 1.14, 1.30, 1.62) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) (n = 135)

ปัจจัย	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	
	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value
1. อายุ	.040	.644
2. ระดับการศึกษา	-.400	<.001*
3. ความทุกข์ทรมานจากอาการ	.324	<.001*
4. ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	.380	<.001*
5. การสนับสนุนทางสังคม	.120	.167
6. ความรอบรู้ทางสุขภาพ	-.157	.069

*p < 0.05

จากตารางที่ 5 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r =-.400) ความทุกข์ทรมานจากอาการและความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r =.324 และ .324) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Sajjadi และคณะ¹² ที่พบว่า

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อย มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยทำงานที่ใกล้เกษียณอายุ มีประสบการณ์ต่าง ๆ มากมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้พบเห็นการเจ็บป่วยจากบุคคลรอบข้าง มีความสามารถในการดูแลตนเอง สัมพันธ์กับการรับรู้ การเรียนรู้ ที่ดีในช่วงวัยนี้ รวมถึงเป็นวัยที่ได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด ลูกหลาน คู่ชีวิต ส่งเสริมทำให้เกิดการปรับตัวเพิ่มขึ้น ลดความเครียด ความกังวลเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง



เด้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า ระดับการศึกษา ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอธิบาย ให้ความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้น (Stimuli frame) ทำให้มีสติปัญญา ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี มองเห็นสิ่งเร้าได้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีความสามารถในการแสวงหาแหล่งข้อมูล และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาคิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนั้นระดับการศึกษา ยังมีผลต่อความสามารถในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ หรือบุคคลอื่นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งเสริมการเรียนรู้และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง มีความสามารถในการจัดการอาการ ที่เกิดจากโรค ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmadidarrehshima และคณะ¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรอดชีวิตที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ

การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วิภาดาตรงเที่ยง และคณะ¹⁸ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความรักความเอาใจใส่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากแพทย์และพยาบาลจะช่วยให้เข้าใจแบบแผนของอาการ ความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงด้วย¹⁹ ไม่พบในรายการอ้างอิง อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับสูง มีความรู้ความสามารถในการเสาะแสวงหาแหล่งข้อมูล ที่มีความน่าเชื่อถือด้วยตนเอง และมีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อนำมาส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองได้ มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรับผิดชอบ ในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับสูง และมีทักษะความสามารถในการสื่อสาร เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพสามารถนำข้อมูลมา

คิดวิเคราะห์ เพื่อส่งเสริมฟื้นฟูภาวะสุขภาพของตนเองได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สิ้นสุดการรักษามาแล้วมากกว่า 2 ปี การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพลดลง เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้แพทย์จะนัดติดตามอาการทุก 6-12 เดือน จึงอาจจะเป็นสาเหตุให้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ในการศึกษาในครั้งนี้

ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นปัจจัยที่อยู่ในแบบแผนของสิ่งที่มากระตุ้น โดยพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังจบการรักษา ยังคงต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนล้า นอนไม่หลับ หายใจลำบาก ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น การเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการเหล่านี้ เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานตลอดการเจ็บป่วย ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ไม่สามารถบอกสาเหตุของอาการไม่สุขสบายต่างๆ (Symptom distress) ที่เผชิญอยู่ได้ ไม่มั่นใจและแน่ใจว่าต่อไปจะเกิดอะไรขึ้น และโรคจะกลับมาอีกเมื่อไหร่ ส่งผลคุกคามการดำเนินชีวิตทำให้เกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและผลลัพธ์การรักษา ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ³ พบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่มีความทุกข์ทรมาน และความรุนแรงจากอาการมากจะมีระดับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

ความรอบรู้ทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับความรอบรู้ทางสุขภาพยังมีน้อยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเร็ว Reynolds¹⁷ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งของตับอ่อน พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับความรอบรู้ทาง



สุขภาพ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ แต่กลับพบว่าการศึกษากับความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถ ในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถประมวลผลและทำความเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น เพื่อให้เหมาะสมต่อการตัดสินใจในด้านสุขภาพ ด้วยวัยที่ผ่านประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการดำเนินชีวิตมานาน รวมถึงมีระดับการศึกษาที่สูง ส่งผลให้สามารถคิดวิเคราะห์ ประเมินและใช้ข้อมูลที่มีได้อย่างถูกต้อง เพื่อปฏิบัติ ดูแล และส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ เชื่อมโยงเหตุการณ์ จัดการอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ จึงอาจจะเป็นสาเหตุให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ในการศึกษาในครั้งนี้

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ มีความสัมพันธ์ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า การเกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้ จากลักษณะของตัวโรคที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ และจากอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับที่ผ่านมา โดยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ทันทิที่ได้รับ การวินิจฉัย ตลอดจนการรักษาสิ้นสุดลง ซึ่งถูกกระตุ้นได้จากผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการปวด อ่อนล้า นอนไม่หลับ หายใจลำบาก เป็นต้น ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากผลการวิจัยพบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง อาการนอนไม่หลับ อาการปวด รวมถึงความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน และหาวิธีการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น รวมถึงการติดต่อกับทีมสุขภาพ ในกรณีที่ไม่สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้ ประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค อาการแทรกซ้อน ผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการรักษาสิ้นสุดลง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้ ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมอายุน้อย เนื่องจากไม่พบผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมช่วงอายุ 20-30 ปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. นำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม



References

1. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2023; 73(1):17- 48. Available from: doi:10.3322/caac.21763.
2. American Cancer Society [ACS]. Cancer treatment and survivorship facts & figures 2019-2021. Atlanta: American Cancer Society; 2019.
3. Kim SH, Lee R, Lee KS. Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012; 21(7-8):1014-1023. doi:10.1111/ j.1365-2702.2011.03896.x.
4. Fallowfield L, Jenkins V. Psychosocial/ survivorship issues in breast cancer: are we doing better?. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2015; 107(1):dju335. Available from: doi:10.1093/jnci/dju335.
5. Vickberg SM. The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med* [Internet]. 2003; 25(1):16-24. Available from: doi:10.1207/S15324796ABM2501_03.
6. Fredette SL. Breast cancer survivors: concerns and coping. *Cancer nursing*. 1995; 18(1):35-46.
7. Sivarux C, Pongthavomkamol K, Wattanakitkileart D, Thaticharoensin S. Factors predicting quality of life in breast cancer survivors at 1 year post treatment and thereafter. *Thai Cancer Journal*. 2012; 32(1):2-14. [in Thai].
8. Mishel MH, Braden CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nurs Res*. 1988; 37(2):98-127.
9. Shaha M, Cox CL, Talman K, Kelly D. Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: implications for supportive care. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2008; 40(1):60-67. Available from: doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00207.x.
10. Ahmadidarrehshima S, Rahnama M, Afshari M, Asadibidmeshki E, Kalantari B. Assessment of the level of uncertainty and the factors affecting it in Iranian patients with breast cancer. *La Prensa Medica*. 2018; 104(5).
11. Wonghongkul T, Dechaprom N, Phumivichuvate L, Losawatkul S. Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2006; 29(3):250-257.
12. Sajjadi M, Brant JM, Bahri N, Abbaszadeh A, Rassouli M. Uncertainty in Illness in Iranian Patients with Cancer and its Related Factors: A Cross-Sectional Study. *Austin Palliat Care*. 2016; 1(1):1002.
13. Hanucharoenkul S, Wongsunparat B, Wonghongsakul T. Factors influencing feelings of uncertainty in illness in cancer patients receiving radiotherapy. *Nursing journal*. 1991; 40(1):11-26. [In Thai].
14. Hall DL, Mishel MH, Germino BB. Living with cancer-related uncertainty: associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. *Support Care Cancer* [Internet]. 2014; 22(9):2489-2495. Available from: doi:10.1007/s00520-014-2243-y.
15. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of



- younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs.* 2001; 24(3):212-219.
16. Gill KM, Mishel M, Belyea M, Germino B, Germino LS, Porter L, LaNey IC, Stewart J. Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2004;31(3):633-639. Available from: doi:10.1188/04.onf.633-639.
 17. Reynolds R. Uncertainty in illness and health literacy in pancreatic cancer patients [dissertations]. UT SON: Texas University; 2018.
 18. Thongthieng W, Tanatwanit Y, Kunsongkeit W. Factors influencing uncertainty in illness among patients with cancer undergoing chemotherapy. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2020; 28(4):25-37. [In Thai].
 19. Mishel, Merle H. The measurement of uncertainty in illness. *Nursing research.* 1981;30(5):258-263.
 20. Simard S, Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *J Cancer Surviv.* 2015; 9(3): 481-91.
 21. Janthathai A, Pongthavornkamol K, Wattanakitkrilert D, Soparattanapaisarn N. Factors predicting health-related quality of life among colorectal cancer survivors during 6 months to 5 years after treatment completion. *Journal of Nursing Science.* 2018; 36(4):52-65. (in Thai)
 22. Wanitkun N, Pattaramongkolrit S, Vichathai C, Bhechrung B, Kloyahem S, Batterham R, et al. Thai health literacy [Internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. 2014 [cited 2019 Nov16]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3987>. (in Thai).
 23. House JS. Work stress and social support. Addison-Wesley Educational Publishers. 1981.
 24. Pomklang J. Factors predicting health promoting behaviors of breast cancer survivors in extended survivorship [dissertations]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

อนงค์นาฏ คุณประสาธ* เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวที่รับบริการในแผนกยาเสพติดและจิตเวชโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จำนวน 40 ครอบครัว จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและคะแนนอาการซึมเศร้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของBeck 3) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า 4) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .81 ,1 และ 1 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .78, .86 และ .85 ตามลำดับ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบ t-test

ผลการวิจัย: 1) คะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อสรุป: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สุขภาพจิตศึกษา / การมีส่วนร่วมของครอบครัว / อาการซึมเศร้า / ผู้สูงอายุ / โรคซึมเศร้า / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ



The Effect of Family Psychoeducation Emphasizing Shared Care On Depressive Symptoms of Older Persons with Major Depressive Disorder In Community

Anongnad Kunprasat* Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: To compare the effect of family psychoeducation emphasizing shared care program on depressive symptoms of older persons with major depressive disorder in community.

Designs: Quasi-experimental research

Method: The research sample consisted of fourteen older persons with major depressive disorder and their families, who met the inclusion criteria and received services at the out-patient department of the Ongkharak Hospital, Department of Psychiatry and Drug Dependence. They were matched-pair by age and depression score and then randomly assigned into experimental and control group with 20 families. The experimental group received Family psychoeducation emphasizing shared care program while the control group received conventional care program. Research instrument were: 1) the Family psychoeducation emphasizing shared care program 2) Beck depression inventory II. 3) Pre-test and post-test of knowledge of major depressive disorder 4) Relationship in family assessment. All the instruments were validated for content validity, Beck depression inventory II, Pre-test and post-test of knowledge of MDD and Relationship in family assessment. their CVI were .81, 1 and 1 respectively. The Chronbach's alpha coefficient reliability were .78, .86 and .85 respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and T-test statistics.

Results: 1) The mean scores of depressions of older persons with major depressive disorder after received the family psychoeducation emphasizing shared care program were significantly lower than those before at the .05 level. 2). The mean scores of depressions of older persons with major depressive disorder who received the family psychoeducation emphasizing shared care program were significantly lower than older persons with major depressive disorder who received routine nursing care at the .05 level.

Conclusion: A Family psychoeducation emphasizing shared care program was effective in reducing depressive symptoms of older persons with major depressive disorder in community.



บทนำ

จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า ในปัจจุบัน มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 264 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ของประชากรโลก¹ สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชด้วยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 15.18 โดยโรคซึมเศร้ามีอัตราการเกิดสูงเป็นอันดับแรกในกลุ่มวัยสูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งหมด² จากสถิติของแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลสงครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการในปี 2563-2565 จำนวน 6,432, 6,925 และ 22,882 รายตามลำดับ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 51, 55 และ 707 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย ประสิทธิภาพการรับรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง มักหลีกเลี่ยงสังคม มีความคิดและพฤติกรรมทางลบ บกพร่องในปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ปัจจุบันแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีการสงบลงในระดับที่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ (Remission) แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ ซึ่งจะเพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำในอนาคต⁴ โดยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน แบ่งออก 2 ปัจจัย⁵ คือ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ดังนี้ ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ประกอบด้วย 1. ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า⁶ (Depressive symptoms literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการระบุสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการหรืออาการแสดง การช่วยเหลือตนเองและรูปแบบการรักษา 2. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life event) เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ 3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว มักพบปัญหาด้านการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ (expressed emotion) 4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ต่ำ (Self-esteem)⁷ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลายประการส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ที่ลดลง ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้นเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการบำบัดรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน⁴ พบว่า มีการบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การระลึกถึงความหลัง จิตบำบัดประคับประคอง เป็นต้น แต่จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า ภายหลังผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาและจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยมักขาดความรู้ในการดูแลตนเอง คิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้ว จึงหยุดรับประทานยาและไม่มารักษายิ่งต่อเนื่อง⁹ ต้องเผชิญเหตุการณ์ความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ไม่กล้าที่จะสื่อสารหรือบอกความต้องการของตนเองกับผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาปฏิสัมพันธ์ตามมา เช่น ปัญหาการสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีการแสดงของอาการซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น โดยมักแสดงอาการหงุดหงิด วิตกกังวลและแสดงอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับมากกว่าการแสดงอารมณ์ซึมเศร้า ส่งผลให้มักถูกมองข้ามและไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม¹⁰ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อตรงต่อความเครียดและภาระการดูแลของผู้ดูแลสามารถทำนายระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นและปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อีกด้วย

ในบริบทของสังคมไทย สถาบันครอบครัวถือเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ เปรียบเสมือนเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อีกทั้งยังส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลรักษา และการ



พื้นหายจากอาการซึมเศร้า¹¹ โดยเฉพาะหากครอบครัวมีความรู้และความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยก็จะมีความเห็นใจ สงสาร ห่วงใย และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา^{9,12} พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถลดอาการซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะการรักษาด้วยยา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980)¹³ ร่วมกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลของ Sebern (2005)¹⁴ มาพัฒนาเป็นโปรแกรม ซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและก่อให้เกิดการดูแลร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่ภายในชุมชน

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานในการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฯ โดยนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980)¹³ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ (joining) 2) การพัฒนาความรู้ (education) 3) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving skills) 4) ทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และ 5) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005)¹⁴ ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมครอบครัวในการดูแลอย่างลึกซึ้งและเข้มข้นมากขึ้นในการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental Research) ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุและคะแนนอาการซึมเศร้า¹⁵ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 ที่มารับบริการในแผนกยาเสพติดและจิตเวชของโรงพยาบาลองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก โดยมีคุณสมบัติในการคัดเข้า



(Inclusion criteria) 1.1 มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ตั้งแต่ 14-28 คะแนน 1.2 ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยแบบประเมิน MMSE ต้องมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป 1.3 สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 1.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. ครอบคลุมผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) 2.1 ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เป็นต้น 2.2 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2.3 ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีอาการทางจิตและ/หรืออาการทางกายกำเริบที่รุนแรง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ค่าขนาดอิทธิพลกลุ่ม (effect size) ที่ระดับ 0.97 โดยพิจารณาเทียบเคียงกับผลการศึกษากันต์ฤทัย ปานทองและเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2561)¹⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 40 จึงได้ขนาดกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัวและกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 40 ครอบครัว¹⁷

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข

ตามข้อเสนอแนะ และดำเนินในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ระยะเวลา 60-90 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน (joining) แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัว พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน และกิจกรรมที่ 2) อบอุ่นดูแลกัน (family education) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล ผ่านกิจกรรมเกมส์บัตรคำนำความรู้ และแลกเปลี่ยนความต้องการในการดูแลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติร่วมกันในการลดอาการซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3) ยอมรับ ปรับใจ (problem solving skills) เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหา ร่วมกันในการดูแลผ่านการฝึกฝนสถานการณ์จำลองปัญหาในชีวิตประจำวันโดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) แลกเปลี่ยนมุมมอง ความรู้สึกและความคิดเห็นเพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหา

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4) จัดสติ ใจเป็นสุข (coping skills) เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม เช่น การหายใจบำบัด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดกดจุด เป็นต้น

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ (social



support) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคมและได้ทำกิจกรรมร่วมกันและเรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชนเพิ่มมากขึ้นผ่านใบงานบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II) พัฒนาโดยศราวุธ ราชภณ และคณะ¹⁸ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน มีค่าความเที่ยง .82 โดยแบ่งระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้า เป็น 4 ระดับ คือ 0-13 คะแนน ระดับน้อยที่สุด (minimal depression) 14-19 คะแนน ระดับน้อย (mild depression) 20-28 คะแนน ระดับปานกลาง (moderate depression) 29-63 คะแนน ระดับรุนแรง (severe depression) โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .81 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Try out) จำนวน 30 คนที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .78

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดย วราพร ศรีภิรมย์และคณะ⁹ มีข้อความจำนวน 16 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดย บุษราคม จิตอารีย์¹⁹ เพื่อประเมินระดับสัมพันธภาพของ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 16 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก วันที่ 18 พฤษภาคม 2566-17 พฤษภาคม 2567 เอกสารรับรอง NPHO 2023-011 กลุ่มตัวอย่างได้อ่านเอกสารเข้าร่วมวิจัยและได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยและขั้นตอนของการวิจัย สามารถจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล และมีการลงลายมือไว้ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการทางจิตและ/หรืออาการทางกายกำเริบที่รุนแรงผู้วิจัยจะพิจารณาสิ้นสุดการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยทบทวนตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

2. ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัวเพื่อให้เหมาะสมในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดและนัดหมายวัน เวลา สถานที่ดำเนินการวิจัย โดยภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวกับครอบครัวในกลุ่มทดลองทันที หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค



ซึมเศร้าภายหลังการทำกิจกรรมต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะให้ซักถามข้อสงสัยและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ และหากครอบครัวมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการทำกิจกรรม ผู้วิจัยจะซักถามปัญหาและให้ทำกิจกรรมที่ 3 เพิ่มเติมเป็นรายครอบครัวจนกว่าจะมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวสูงขึ้น โดยในสัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการศึกษาพบว่าความรู้และสัมพันธภาพภายในครอบครัวมีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

3. ระยะประเมินผลการวิจัย นัดหมายกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการประเมินระดับอาการซึมเศร้า โดยดำเนินการประเมินผลอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา จำนวนร้อยละ แจกแจงความถี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Fisher's exact test 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	40.0	5	25.0	13	32.5
หญิง	12	60.0	15	75.0	27	67.5
อายุ (ปี)						
60-75 ปี	18	90.0	15	75.0	33	82.5
76 - 80 ปีขึ้นไป	2	10.0	5	25.0	7	17.5
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)	5.10 (S.D.= 3.20)		5.80 (S.D.= 3.82)		5.45 (S.D.=3.49)	



จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ด้านเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.5 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 32.5 ซึ่งมีความสอดคล้องกับสถิติผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลางพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁵ และพบว่า เพศหญิงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้

มากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า ด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี ร้อยละ 90 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี ร้อยละ 82.5

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	40.0	9	45.0	17	42.5
หญิง	12	60.0	11	55.0	23	57.5
อายุ (ปี)						
21-40 ปี	1	5.0	2	35.0	8	20
41-60 ปี	8	40.0	5	25.0	13	32.5
61-80 ปี	11	55.0	8	40.0	19	47.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
สามี/ภรรยา	13	65.0	8	40.0	21	52.5
บุตร/หลาน	6	30.0	11	55.0	17	42.5
พี่น้อง	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
1-15 ปี	7	35.0	7	35.0	14	35.0
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	13	65.0	13	65.0	26	65.0

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว พบว่า ด้านเพศ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 60 เพศชายร้อยละ 40 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 55 เพศชายร้อยละ 45 ด้านอายุ

ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-80 ปี ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 52.5 ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล

อาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	16.65	4.83	19	13.13	<.001*
หลังการทดลอง	5.95	3.86			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	17.30	3.80	19	2.09	.050
หลังการทดลอง	14.90	7.62			

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล มีค่าต่างกันเล็กน้อย
คะแนนเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	16.65	4.83	38	-.473	.639
กลุ่มควบคุม	17.30	3.80			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	5.95	3.86	28.14	-4.685	<.001*
กลุ่มควบคุม	14.90	7.62			

*p < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันแต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีอาการซึมเศร้ามลดลงเล็กน้อย



การอภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ การสำรวจข้อดีของตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดการมองเห็นคุณค่าของตนเอง อีกทั้ง การมีส่วนร่วมในการทบทวนแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยสนับสนุนการฝึกปฏิบัติการคิดค้นบวก ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดทัศนคติที่ดี มองโลกในแง่ดี มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล นำไปสู่ความสำเร็จในการพยาบาล²⁰ นอกจากนี้ กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (Empathy) สามารถพูดคุย ให้อภัยกันภายในกลุ่ม ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าได้ดีขึ้น ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาพร้อมกับครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบี้ยว โดยผ่านการตั้งเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนรูปแบบการมองปัญหาในเชิงบวก คิดหาเหตุผลและทางออกในการแก้ปัญหาพร้อมกัน มีทักษะการสื่อสารทางบวก และการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งกันและกัน จึงช่วยสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับไปอาศัยอยู่ร่วมกันภายในชุมชน ส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดช่วยให้บุคคลได้ใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,12} พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถลดอาการซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะการรักษาด้วยยา แต่กิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ได้ส่งเสริมในด้านการให้สุขภาพจิตศึกษาเพียงอย่างเดียว ยังได้มีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกกิจกรรม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นให้

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสื่อสาร แลกเปลี่ยน และกระทำความร่วมมือในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งดูแลและให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้ามลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลอย่างยั่งยืน²⁰ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้ามลดลง มีกำลังใจในการเผชิญปัญหาและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม โดยมีการสื่อสาร การแบ่งปันข้อมูล ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจนนำไปสู่การตัดสินใจ และการกระทำความร่วมมือ ซึ่งการสื่อสารที่เพิ่มขึ้นจะช่วยพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว การได้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยจะทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจและเกิดความรู้สึกเหมือนเป็นบุคคลคนเดียวกันในการดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกดีกับตนเองมากขึ้น มีกำลังใจในการเผชิญปัญหาและมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชน²⁰ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การประเมินอาการและปัญหาของผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การให้ความรู้การรับประทุษร้าย และการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ระดับคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลงได้เช่นกัน แต่จากการศึกษาจะเห็นว่า หากเพิ่มกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมฯ ในการดูแลเพิ่มเติม เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เป็นต้น ก็จะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพสูงสุด และส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับอาการซึมเศร้ามลดลงได้อย่างมาก



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมฯ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกกลุ่มโรคในวัยผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลเนื่องจากการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจและสามารถนำไปปรับใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและ

ชุมชนได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย ควรมีการติดตามผลของโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อความคงไว้ซึ่งการประเมิน ระดับสัมพันธภาพและอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

Reference

1. World Health Organization. Depression Rates by Country 2022. Geneva: WHO; 2022.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2020. Bangkok: IPSR Mahidol University; 2020. [In Thai].
3. Medical Record Librarian Ongkharak Hospital. Annual statistical report 2022. Nakhonnayok: Department of Psychiatry and Drug Dependence Ongkharak Hospital; 2022. [In Thai].
4. Lortrakul M, Sukanich P. Ramathibodi Psychiatry. 4thed. Bangkok: Beyond enterprise; 2015. [In Thai]
5. Putthameta M, Sunthonchaiya R. Selected factors related to depression of the older persons with depressive disorder in the central region. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2016;30(2):69-82. [In Thai].
6. Nguyen T, Tchetgen T, Kawachi I, Gilman S, Walter S, Glymour M. The role of literacy in the association between educational attainment and depressive symptoms. SSM-population health. 2017;3:586-93.
7. Phuttharod P. The effects of a resilience enhancement program on self-esteem and depression in older persons with a depressive disorder. NRRU Community Research Journal. 2021;15(1):70-82.doi: <https://doi.org/10.14456/nrru-rdi.2021.6>. [In Thai].
8. Kongphisansophol A. Factors related to resilience among older persons with major depressive disorder. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2016;30(2):127-142. [In Thai].
9. Sripirom W, Jongjitphibul N., Wannarit K. The effect of psychoeducation program on patients with major depressive disorder at the psychiatric outpatient unit, Siriraj Hospital. Journal of Nursing division. 2022;49(2):1-11. [In Thai].
10. Anderson I, Ferrier I, Baldwin R, Cowen P, Howard L, Lewis G, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. Journal of Psychopharmacology [Internet]. 2008;22(4):343. Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=126ca842-9d5c-3494-9486-c2d30c2ca1da>



11. Intapun M, Upasen R. The effect of family based interpersonal psychotherapy on depression in patients with major depressive disorder. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19 (Suppl):175-183. [In Thai].
12. Nurhidayati T, Pandin G, Nadya C. Systematic review psychoeducation of elderly with depression in public health: Philosophical study [Internet]. *MedRXIV*. 2022. Available from: doi.org/10.1101/2022.09.27.22280394.
13. Anderson CM., Hogarty GE., Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin* 1980; 6(3): 490-505.
14. Sebern M. Shared Care elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advance Nursing* 2005;52: 170-179.
15. Noppasot P, Sunthonchaiya R. The Effect of Hope Enhancement Program with Family Participation on Depression of Older Persons with Major Depressive Disorders. *Journal of the police nurse*. 2015;7(1):83-94. [In Thai].
16. Panthong P, Dangdomyouth P. The Effective of Resilience Quotient Emphasizing Mindfulness-Based Program on Depression in Older Persons with Major Depressive Disorder. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2018;25(2):105-118. [In Thai].
17. Grove SK, Burns N, Gray JR. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
18. Rachamanee S, Kompetpanee S, Wongupparaj P. Development of the multitask computer program for assessing depression with electroencephalogram measurements in thai adolescents. *Research Methodology* 2018;16:122-137. [In Thai].
19. Jitaree B. The factors influencing depression amongst the elderly at a Community in Nakhonpathom province. [dissertation]. Bangkok: Christian university; 2012. [In Thai].
20. Boonbunjob U, Dangdomyouth P. The Effect of Family-Involved Resilience Promoting Program on Depression In Older Persons with Major Depressive Disorder. *Journal of nursing science Chulalongkorn university*. 2018; 30(2), 110-123. [In Thai]



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

กัญธิดา พันพริ้งซี่ * และ สุรีพร ธนศิลป์ **

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

รูปแบบการวิจัย: วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี คัดเลือกแบบเจาะจง เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน จับคู่ อายุ จำนวนยาแก้ปวด และระยะเวลาในการผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการท้องอืด 3) โปรแกรมการจัดการอาการร่วมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าและเครื่องมือกำกับการทดลอง แบบประเมินอาการท้องอืดมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบเกี่ยวข้อง (Repeated – measures ANOVA)

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมฯ นี้สามารถลดอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องได้

คำสำคัญ: การจัดการอาการ / อาการท้องอืด / การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า / การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง



The Effect of Symptom Management Combined With Foot Reflexology Program on Abdominal Distention in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy

Kuntida Puntarangsri * and Sureeporn Thanasilp **

Abstract

Purpose: To study the effect of symptom management combined with foot reflexology on abdominal distention in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.

Design: Quasi – experimental posttest only with nonequivalent group

Methods: The participants were patients undergoing laparoscopic cholecystectomy at Suratthani Hospital. They were matched pairs with age, amount of pain medication given during surgery, and time of surgery, and assigned separately to either control or experimental group, 22 subjects in each group. The experimental group received program post operation, while the control group received routine care. Research instruments comprised of 1) data collection tools including demographic data from 2) abdominal distention scale 3) symptom management combined with foot reflexology program and validity checked questionnaires. Abdominal distention scale had Alpha Cronbach's Coefficient of .84. Descriptive statics and Repeated – measures ANOVA.

Result: The experimental group received symptom management program combined with foot reflexology has abdominal distention post operation lower than the group receiving conventional nursing care at the significance. ($p < .05$)

Conclusion: This program can reduce abdominal distention in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.

Keywords: symptom management / abdominal distention / foot reflexology / laparoscopic cholecystectomy



บทนำ

โรคนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) เป็นโรคทางเดินอาหารที่พบได้บ่อย อุบัติการณ์ในทวีปเอเชียพบร้อยละ 5-20 ของประชากร¹ ประเทศไทยพบได้ร้อยละ 61² สำหรับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จากการรายงานปี 2562-2564 มีจำนวน 667, 709 และ 738 คน ตามลำดับ ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องจำนวน 650, 682 และ 701 ตามลำดับ และระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 1-2 วัน

วิธีการรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดี คือ การผ่าตัดผ่านกล้อง เป็นวิธีการที่นิยมและประสิทธิภาพ³ เป็นการผ่าตัดเปิดแผลขนาดเล็กบริเวณหน้าท้องแล้วใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เข้าไปในช่องท้องเพื่อขยายขนาดช่องท้องให้ใหญ่ขึ้น และเพิ่มพื้นที่ในการผ่าตัด⁴ ทำให้การไหลเวียนของเลือดในกระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดได้⁵

อาการท้องอืด ส่งผลต่อให้ไม่สุขสบาย รู้สึกอึดอัดแน่นท้อง หายใจเหนื่อย และส่งผลทางด้านจิตใจอ่อนล้า เครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาการท้องอืด ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า⁶

อาการท้องอืดหลังการผ่าตัดผ่านกล้อง เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจะประเมินว่าอาการนั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด และจะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการนั้น ซึ่งแนวคิดการจัดการของ Dodd et al.⁷ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการท้องอืดได้ด้วยตนเอง และมีพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือในการจัดการอาการท้องอืด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการท้องอืดที่เหมาะสมวิธีการจัดการอาการท้องอืดได้แก่ การลุกเดินบ่อย ๆ การพลิกตะแคงตัว การนั่งห้อยขาข้างเดียว การลุกเดิน และเดิน⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของวิริยา ศิลา⁹ ที่นำแนวคิดการจัดการของ Dodd et al.⁷ มาพัฒนาเป็นโปรแกรม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดของตนเองที่เกิดขึ้น และใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยการเคี้ยวหมากฝรั่ง ทำให้ลำไส้เกิดการเคลื่อนไหว ขับแก๊สที่คั่งค้างในกระเพาะอาหารและลำไส้ลดอาการท้องอืดได้ และจากผลการศึกษา⁸ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในอาการที่เกิดขึ้น มีทักษะในการจัดการอาการลำไส้หยุดทำงานชั่วคราว จะส่งผลให้มีการฟื้นตัวของลำไส้ ช่วยลดอาการท้องอืดได้

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (Foot Reflexology) เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยลดอาการท้องอืดได้ โดยมีหลักการว่า ฝ่าเท้ามนุษย์เป็นจุดรวมของเส้นพลังที่ไหลเวียนส่งผ่านพลังไปยังอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย¹⁰ ซึ่งจุดสะท้อนที่เท้ามีทั้งหมด 62 จุด แต่ละจุดเป็นปลายประสาทที่เชื่อมโยงไปยังอวัยวะที่สำคัญในร่างกายทั้ง 62 อย่าง หากทำการกระตุ้นที่จุดสะท้อนใด ย่อมสะท้อนไปยังอวัยวะที่สัมพันธ์กับจุดสะท้อนนั้น ๆ โดยตรงต่ออวัยวะนั้น ๆ¹¹ เป็นผลให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ระบบต่อเนื่องและการปรับสมดุล ส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูและผลักดันให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ขึ้น กระบวนการดังกล่าวบรรลุผลโดยผ่านระบบเลือดหมุนเวียนเป็นสำคัญ จากการศึกษาของ ศศิวิมล เพ็งแก้ว¹² การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เป็นเวลา 25 นาที ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังการผ่าตัด ลดอาการท้องอืดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ และการศึกษาของ Soylu & Kartın¹³ การนวดกดจุดสะท้อน 3 ครั้งเป็นเวลา 0, 4 และ 8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด พบว่าช่วยลดอาการท้องอืดได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการ⁷ ผสมผสานกับแนวคิดการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เพื่อช่วยลดอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ซึ่งกระตุ้นผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวร่างกายหลังการผ่าตัดโดยไม่มีแบบแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ในการหายใจและการไถ่



อย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว และการลุกเดิน อีกทั้งได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า จะช่วยให้ลดอาการท้องอืดได้

คำถามการวิจัย

อาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในเวลาต่างกันมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในช่วงเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1 4 ชั่วโมง, 8 ชั่วโมง และหลังผ่าตัดวันที่ 2

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มีอาการท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในช่วงเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1 4 ชั่วโมง, 8 ชั่วโมง และหลังผ่าตัดวันที่ 2

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการ⁷ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยเป็นแนวคิดที่เน้นการจัดการอาการที่คำนึงถึงประสบการณ์ความรู้ และความสามารถเดิมของผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน รวมทั้งการแสวงหาการดูแลของตนเองจากการได้รับ

ความรู้ การเสนอแนะหรือทางเลือกต่าง ๆ ในการจัดการอาการจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการได้ตลอดเวลาจนกว่าจะพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติวิธีการจัดการอาการนั้นได้อย่างต่อเนื่อง และตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งหากบุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจและให้ความสำคัญ จะช่วยแก้ปัญหาโดยช่วยให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การมีอาการเกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดผ่านกล้อง ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดผ่านกล้อง ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัด

ซึ่งโปรแกรมนี้ผสมผสานกับแนวคิดการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เน้นการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่สัมพันธ์กับอวัยวะในช่องท้อง โดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่ตำแหน่ง 15, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 25 และ 26 (ดังรูป) ซึ่งช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เพื่อลดอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดได้ โดยมีพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการท้องอืดได้อย่างเหมาะสม



รูปแสดงตำแหน่งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 18 ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้ผ่าตัดแบบส่องหน้า
2. ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ทั่วร่างกาย
3. ไม่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก และไม่มีข้อห้ามในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดรุนแรง เช่น ใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดให้มีการอำนาจทดสอบที่ .80 ขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่ .50 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงตารางของ Burns & Grove¹⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 22 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุ จำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับ ระยะเวลาในการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด

1.3 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการท้องอืดหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย ยาที่ให้อ่อนระงับความรู้สึก ระยะเวลาผ่าตัด ยาแก้ปวดที่ได้รับ

1.4 แบบประเมินอาการท้องอืดของเนาวรัตน์ สมศรี¹⁵ มีการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกแน่นท้อง การเรอ การผายลม อัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยให้คะแนนแบบช่วง 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 การคิดคะแนนและแปลผลเป็น 3 ระดับ คะแนนรวม 0-12 คะแนน คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ท้องอืดเล็กน้อย 0-4 คะแนน ระดับ 2 ท้องอืดปานกลาง 5-8 คะแนน ระดับ 3 ท้องอืดมาก 9-12 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 10 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .84

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยมีขั้นตอน 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสพการณ์การมีอาการการประเมินความรู้สึก ความวิตกกังวล ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการของอาการท้องอืด

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการ ให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดผ่านกล้อง การฝึกทักษะ ได้แก่ การหายใจและ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว การลุกเดิน และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยผู้วิจัย การปฏิบัติหลังผ่าตัดวันที่ 1 กระตุ้นการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยปฏิบัติจำนวน 5-10 ครั้ง ปฏิบัติอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง การพลิกตะแคงตัว ทุก 1-2 ชั่วโมง



ผู้วิจัยทำการวัดกจุดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เป็นระยะเวลา 30 นาที ที่เวลา 4 ชั่วโมงและ 8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 2 กระตุ้นลูกเดินอย่างน้อยวันละ 3-5 ครั้ง/วัน ผู้วิจัยทำการวัดกจุดจุดสะท้อนฝ่าเท้าระยะเวลา 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล การจัดการกับอาการ ท้องอืดหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมในการจัดการกับอาการท้องอืด เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการท้องอืด ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

สื่อที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ สื่อการสอน คู่มือการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยโรคนี้ในอุ้งน้ำดี และคู่มือการวัดกจุดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อลดอาการท้องอืดสำหรับพยาบาล

2.2 การพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การเตรียมผู้ป่วยก่อน-หลังการผ่าตัด การประเมินสภาพผู้ป่วย การซักประวัติ การงดน้ำงดอาหาร การให้สารน้ำและเกลือแร่ การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินอาการปวดแผล กระตุ้นผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวร่างกายหลังการผ่าตัด

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมในการจัดการอาการท้องอืด โดยมีทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเลือกตอบ ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม โครงการเลขที่ COA No. 169/65 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โครงการเลขที่ COA No. 017/2566 หลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่ม

ตัวอย่าง แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รายละเอียดโปรแกรมให้ทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยมีการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัย รวมทั้งเข้าอบรมการวัดกจุดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจากสถาบัน Health and Beauty Development school หลักสูตรการวัดกจุดจุดสะท้อนฝ่าเท้า จำนวน 60 ชั่วโมง และได้ประกาศนียบัตรการวัดกจุดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และฝึกทักษะการวัดกจุดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจนมีความชำนาญ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยตรวจสอบประวัติผู้ป่วยที่มาตรวจและได้รับนัดหมายผ่าตัด

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1.1 ขั้นตอนที่ 1 ประสพการณ์การมีอาการ ผู้วิจัยสอบถามและรับฟังจากผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ ความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการ และการตอบสนองของผู้ป่วยต่ออาการท้องอืดหลังผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง (ก่อนการผ่าตัด) ใช้ระยะเวลา 10 นาที

2.1.2 ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการ (ก่อนการผ่าตัด) ใช้ระยะเวลา 20 นาที

2.1.2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการวัดกจุดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยสื่อประกอบการสอน

2.1.2.2 การฝึกทักษะ ผู้วิจัยสาธิตวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว และการลุกเดิน และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ

2.1.2.3 ลงมือปฏิบัติ หลังผ่าตัดวันที่ 1 ให้ผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ และการพลิก



ตะแคงตัว ผู้วิจัยทำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าระยะเวลา 30 นาทีที่เวลา 4, 8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดวันที่ 2 ให้ผู้ป่วยเดินออกจากเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร และค่อยๆ เพิ่มระยะทาง อย่างน้อยวันละ 3-5 ครั้ง/วันและ ผู้วิจัยนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 30 นาที เวลา 8.00 น.

2.2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยก่อนการผ่าตัดมีการประเมินสภาพผู้ป่วย การซักประวัติ การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ให้สารน้ำและเกลือแร่ หลังผ่าตัดมีการประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การประเมินอาการปวดแผล กระตุ้นผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวร่างกาย

3. ขั้นตอนการประเมินผล ผู้วิจัยประเมินอาการท้องอืดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยประเมินอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดวันที่ 1 ที่เวลา 4,8 และหลังผ่าตัดวันที่ 2 เวลา 8.00 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการท้องอืดสถิติทดสอบค่าที (T-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมอาการท้องอืดแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (One-way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การจับคู่ (Matched pair) เกี่ยวกับ อายุ จำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับระหว่างการผ่าตัด และระยะเวลาในการผ่าตัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ไม่แตกต่างกัน) จำนวน 22 คู่ โดยมีอายุ ในช่วง 38-65 ปี จำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับในห้องผ่าตัด 1 ชนิด คือ Morphine ร้อยละ 72.73 และระยะเวลาในการผ่าตัด 79-95 นาที ร้อยละ 54.55

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน โดยกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 45-51 ปี ร้อยละ 31.82 สถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 81.82 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.73 ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.18 ไม่เคยผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 86. สัญเสียระหว่างผ่าตัด 5 ml ร้อยละ 63.64 ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับเป็น Propofol, Succinyl, Nimbex ร้อยละ 36.36 ระยะเวลาในการผ่าตัด 79-95 นาที ร้อยละ 54.55 ยาแก้ปวดที่ได้รับหลังการผ่าตัด Morphine ร้อยละ 72.73

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 38-44 ปี และ 52-58 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.27 สถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 95.45 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.64 ป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 22.73 ไม่เคยผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 90.91 สัญเสียระหว่างผ่าตัด 5 ml ร้อยละ 63.64 ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับเป็น Propofol, Succinyl, Nimbex ร้อยละ 36.36 ระยะเวลาในการผ่าตัด 79-95 นาที ร้อยละ 54.55 ยาแก้ปวดที่ได้รับหลังการผ่าตัด Morphine ร้อยละ 72.73

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการท้องอืดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ โดยหลังผ่าตัดวันที่ 1 4 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด เริ่มนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหอ 4 ชั่วโมง 8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด นับต่อจาก 4 ชั่วโมง และวันที่ 2 หลังผ่าตัด วัดช่วงเวลา 8.00 น. จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยของอาการท้องอืดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำมาวิเคราะห์สถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบเกี่ยวข้อ (Repeated-measures ANOVA) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยและความแปรปรวนของคะแนนรวมเฉลี่ยอาการท้องอืดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ

ระยะเวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	SS	df	MS	F	p-value
วันที่ 1 (4 ชั่วโมง) หลังการผ่าตัด	11	3.91	553.10	1	553.10	2971.26	0.001*
วันที่ 1 (8 ชั่วโมง) หลังการผ่าตัด	10.09	2.64	626.27	1	626.27	1015.22	0.001*
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	9.73	1.5	752.82	1	752.82	764.40	0.001*
		ท้องอืดมาก ท้องอืดเล็กน้อย					

*p < 0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย หลังได้รับโปรแกรมฯ วิธีของ Bonferroni

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม	χ^2	SD	MD	p-value
วันที่ 1 (4 ชั่วโมงหลัง การผ่าตัด)	กลุ่มควบคุม	11	0.53	7.10	0.001*
	กลุ่มทดลอง	3.91	0.29	-7.10	0.001*
วันที่ 1 (8 ชั่วโมงหลัง การผ่าตัด)	กลุ่มควบคุม	10.09	0.56	7.55	0.001*
	กลุ่มทดลอง	2.64	1.06	-7.55	0.001*
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม	9.73	0.75	8.28	0.001*
	กลุ่มทดลอง	0.32	0.48	-8.28	0.001*

*p < 0.05

ซึ่งแสดงว่ามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงทดสอบด้วยวิธีของ Bonferroni (ตารางที่ 2) พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 1 (4 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด) มากกว่าคะแนนรวมเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 1 (4 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด) ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (MD = 7.10, p = 0.001) กลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 1 (8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด) มากกว่าคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 1 (8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด) ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (MD = 7.55, p = 0.001)

และกลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 2 มากกว่าคะแนนรวมเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 2 ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (MD = 8.28, p = 0.001)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มีอาการท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1 4 ชั่วโมง, 8 ชั่วโมง และหลังผ่าตัดวันที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05



การผ่าตัดผ่านกล้อง เป็นการผ่าตัดเปิดแผลขนาดเล็กบริเวณหน้าท้องแล้วใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง⁴ ทำให้เพิ่มความดันภายในช่องท้องอาหารลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก10 ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดได้⁵

การศึกษานี้ ศึกษาระบบในโปรแกรมการจัดการอาการ ได้แก่ การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว และการลุกเดิน สามารถลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องได้สนับสนุนแนวคิดการจัดการอาการ⁷ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในอาการท้องอืดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีทักษะในการจัดการอาการท้องอืด จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดอาการท้องอืดได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้¹⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดต่อภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังการผ่าตัดในผ่าตัดอุ้งน้ำดี ได้แก่ การฝึกหายใจโดยใช้กลัมนี้อ่อนหน้าท้อง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง ลุกเดินพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้สึกอึดอัด แน่นท้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ผสมผสานการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ซึ่งมีพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการอาการท้องอืดโดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจะส่งผลต่ออวัยวะในช่องท้องได้แก่ กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กตอนบน ตับอ่อน ปกระสาช่องท้อง ต่อมหมวกไต ไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้เล็ก ไส้ติ่ง ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ลำไส้ใหญ่ขาขึ้น ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง ลำไส้ใหญ่ขาลง ลำไส้ตรง ทวารหนัก ซึ่งกลไกการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าอธิบายด้วยทฤษฎีเส้นพลัง (The meridian theory) ทฤษฎีการผ่อนคลาย (Relaxation theory) และทฤษฎีสัมพันธภาพอันเกิดจากการสัมผัส (Proprioceptive nervous receptors theory) ได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าข้างซ้ายและข้างขวาบริเวณตำแหน่งที่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร สามารถสะท้อนไปยังตำแหน่งของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารได้ ยังเป็นการกระตุ้นปลายประสาทเท้า อีกทั้งมีผลใน

การกระตุ้นปลายประสาทโดยตรงช่วยในการสร้างไมอีลินชีส (Myelin sheath) ของเส้นประสาทให้การส่งสัญญาณประสาทเร็วขึ้น ทำให้มีผลต่ออวัยวะนั้น ๆ โดยตรง และยังเกิดกระตุ้นประสาทรับรู้ที่ผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อ รับความรู้สึก จะส่งข้อมูลไปทางประสาทอัตโนมัติ Sympathetic และ Parasympathetic ส่งผลให้ประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic ทำงานมากขึ้น มีผลให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวตัวบีบตัวมากขึ้น ซึ่งและสอดคล้องกับการศึกษาของรัชดา อนุวงศ์ศิลปชัย⁸ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง พบว่ากลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นเวลา 30 นาที หลังผ่าตัดเป็นระยะเวลา 5 วัน มีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวิมล เพ็งแก้ว¹² ได้ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อภาวะท้องอืดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 19 ท่า ใช้เวลา 25 นาที วันละ 1 ครั้ง ในวันที่ 1, 2, 3 หลังการผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะท้องอืดน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำความรู้ด้านแพทย์ทางเลือกการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการลดอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าโดยการประเมินก่อนการได้รับโปรแกรม และการปรับปรุงการใช้เครื่องมือในการวัดที่แตกต่างออกไป



References

1. Sorrentino S, Jones J. Gallstone disease epidemiology and demo graphics [Internet]. 2021. [cited 2022 April 28] Available from: <https://radio.peaedia.org/articles>.
2. Somboonkij D, Meenasantirak A, Supanyabutr K, Mahasirimongkol R. The development of nursing practice guidelines for patients undergoing laparoscopic gall stone surgery Mahasarakham Hospital. Mahasarakham Hospital J. 2018;15(3): 24-34. [In Thai]
3. Catal O, Ozer B, Sit M, Bolat F, Erkol H. Evaluation of patients diagnosed with incidental gallbladder cancers after cholecystectomy. Med Bull Haseki J. 2019;57(2):191-4.
4. Chinsawangwatanakul W. Laparoscopic cholecystectomy. Printing Business Office War Veterans Organization. 2022;14:25-37. [In Thai].
5. Caldwell C, Ricotta J. Changes in visceral blood flow with elevated Intraabdominal pressure. J Surg Res. 1987;43(1):14-20.
6. Papi S, Cheraghi M, Barmala A, Amiri Z, Vakili-Basir A, Nejad Sadeghi E. Mediating roles of stress, anxiety, and depression in the relationship between constipation and sleep quality among the elderly. Sleep Science J. 2023;16(1):1-6.
7. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphrey J. Advancing the science of symptom management. J Advanced Nursing. 2001; 33(5): 668-76.
8. Anuwongsilpachai R. The Effect of symptom management program combined with reflexology on bowel function recovery in patients after open colorectal surgery. J Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(1):84-92. [In Thai].
9. Sila V, The effect of symptom management program of gynecological patient after abdominal surgery on postoperative pain and abdominal distention at tertiary level hospital. Christian University J. 2018;24(2):205-215. [In Thai].
10. Dougans L. The complete illustrated guide to reflexology therapeutic foot massage for health and well-being. 2nd ed. Blue Ridge Summit, Pennsylvania. USA Element books Ltd;1999.
11. Worawong W. Foot massage [Internet]. North Eastern University. 2018. [cited 2022 April 30]. Available from: https://oer.learn.in.th/search_detail/result/91055.
12. Pengkaew S. Effects of foot reflexology on abdominal distention and postoperative recovery in elderly patients with abdominal surgery. (master thesis) Songklanakarin J. 2014;22(1):16-27. [In Thai].
13. Soylu D, kartin PT. The effect on gastrointestinal system functions, pain and anxiety of acupressure applied following laparoscopic cholecystectomy operation. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2021;43:238-304.
14. Jennifer R, Susan K, Suzanne S. Burns and Grove's the Practice of nursing research, appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th rd. France: Saunders;2016.



15. Somsri N. The development of nursing practice guidelines for flatulence in elderly persons receiving abdominal surgery surgery ward. Nakhonphanom Hospital J. 2009;4:24-34. [In Thai].
16. Supanyabutr K. Effects of postoperative rehabilitation program on intestinal cessation temporary after surgery in patients after gallbladder surgery. J Mahasarakham. 2010;3(2):16 - 28. [In Thai].



บทความวิจัย

ผลของการใช้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวิดีโอทัศน์ ต่อการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการ ตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

นลินนาฏ ชนบุญสุทธิ*, สุรัสวดี มุลศรีสุข**, จตุพร โยธา*

นริศ ใจบริสุทธิ์กุล* และ สงคราม โชติกอนูชิต***

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10600

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวิดีโอทัศน์ต่อการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทันทีหลังการทดลองและ 6 เดือนหลังการทดลอง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไป อายุมากกว่า 20 ปี ที่เข้ามาใช้บริการมุมสุขภาพ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 103 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวิดีโอทัศน์ กลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวิดีโอทัศน์ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ทันทีหลังการทดลอง) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อติดตาม 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุป: กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวิดีโอทัศน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการด้านส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้เข้าถึงบริการ และมีความรู้ความเข้าใจอาการความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

คำสำคัญ: กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่ม / สื่อการสอนวิดีโอทัศน์ / รับรู้ความรุนแรง / การรับรู้โอกาสเสี่ยง / ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง / ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง / โรคหลอดเลือดสมอง

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2566, 35(3) : 80-93

* พยาบาลวิชาชีพ หน่วยพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

** ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวช-ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

E-mail: Surasak.mol@mahidol.ac.th

*** อาจารย์แพทย์อายุรศาสตร์ระบบประสาท คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



The Impact of Engaging in Collaborative Group-Based Learning Activities with Media through Videos on the Perception of Violence, Awareness of Opportunities and Risks, Expectations Regarding Response Effectiveness and Self-Efficacy Expectations in Stroke at Out Patient Department in Siriraj

Narinnad Thanaboonsutthi* Surasak Mulsrisuk** Jatuporn Yotha*

Naris Jaiborisuttigull* and Songkram Chotik-anuchit***

Abstract

Purpose: To examine the impact of engaging in collaborative group-based learning activities with media through videos on the perception of violence, awareness of opportunities and risks, expectations regarding response effectiveness and self-efficacy expectations among immediate and six months post-experiment in patient with stroke.

Methods: The sample group are general population which over 20 years old and visit health corner of Out Patient Department at Siriraj Hospital. The sample size is 206 persons, was not random but calculated by N4studies application. Divided to an experimental group and control group, which consist of 103 persons per group. The experimental group was engaged in group learning process with video media developed by the researchers, while the control group participate in regular health promotion activities of hospital. The research instrument consist of 1) Personal information questionnaire, 2) Risk of stroke questionnaire, 3) Perceived severity of stroke questionnaire, 4) Perceived risk of stroke questionnaire, 5) Expectation of effectiveness questionnaire, and 6) Expectation of self-efficacy for primary management of stroke questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient reliability were .82, .74, .80, and .86, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including t-test.

Results: Group learning process with video media have more recognition of symptoms and primary management of stroke than control group at the $p < .05$ significant level

Conclusion: Group learning process with video media can apply to other health promotion units for general population to access services, knowing symptoms and severity of stroke, and appropriate health behavior.

Keywords: Collaborative group-based learning, perception of violence, awareness of opportunities and risks, expectations regarding response effectiveness and self-efficacy expectations

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2023, 35(3) : 80-93

Article info: received January 25, 2023; revised July 7, 2023; accepted December 15, 2023

* Register Nurse, Public Health Nursing Unit, Nursing Department, Siriraj Hospital.

** Corresponding Author, Register Nurse, Emergency Room, Nursing Department, Siriraj Hospital.
E-mail: Surasak.mol@mahidol.ac.th

*** Neurologist, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 ของประชากรโลก¹ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจหลงเหลือความพิการของร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาฟื้นฟูสุขภาพตามมา สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่พบในเพศชายวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสูงกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า² และสถิติประชาชนทั่วไปที่เข้ารับบริการคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช พบว่า มีประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 26.84 โดยมีสาเหตุจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม³ ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการหรือการเสียชีวิต รวมทั้งมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองตามมา การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญสำหรับประชาชนทั่วไปในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรค

การส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำได้โดยการแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด งดการสูบบุหรี่ และงดการดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นต้น⁵ โดยมีการพัฒนาเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนสุขภาพ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วยระหว่างรอรับการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางหน่วยตรวจโรคต่าง ๆ ของโรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคล โดยไม่มีการติดตามอาการ ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ซึ่งมีโอกาสทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การส่งเสริมให้บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระยะ จะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ⁶ นอกจากนี้ ยังพบว่า การใช้สื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์ประกอบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง^{7,8} โดยความรู้โรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม^{9,10} อย่างไรก็ตาม ประชาชนทั่วไปที่ได้รับการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองจากชุมชนสุขภาพ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชยังมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อย³ ซึ่งมีความจำเป็นต้องส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อสงสัยว่ามีอาการโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล และเป็นภาระกิจที่หน่วยการพยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศิริราช กำลังพัฒนาระบบการให้บริการด้านการป้องกันโรคเพื่อสนองนโยบายของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อลดอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการวางแผนป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว โดยการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่ม กลุ่มละ 3-6 คน สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ดี และผู้นำกลุ่มสามารถกระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้



เปลี่ยนเรียนรู้ได้อย่างทั่วถึง อีกทั้ง การจัดกิจกรรมให้ ความรู้ด้วยสื่อการสอนแบบภาพเคลื่อนไหวและวีดิทัศน์ สามารถดึงดูดความสนใจและสร้างแรงจูงใจให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมได้ในระยะยาว^{7, 8, 10} ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมี ความสนใจศึกษาการใช้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์ ประกอบการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้มี การรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ตระหนักถึง พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และแนวทางการปฏิบัติ เบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการ ตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการใช้ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการ สอนด้วยวีดิทัศน์
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบ สนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการใช้ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการ สอนด้วยวีดิทัศน์ 6 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการ ตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. คะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบ สนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองใน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมฯ 6 เดือน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กรอบแนวคิดมา จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาทฤษฎีแรง จูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ 1. การ ประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย องค์ประกอบ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เป็นโรค 2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย องค์ประกอบความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยได้ นำองค์ประกอบทั้ง 4 มาเป็นแนวทางในการกำหนด กิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีการรับรู้ถึง ความรุนแรง โดยการจัดกิจกรรมรูปแบบกลุ่ม ประกอบ ด้วย การชมสื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์ที่นำเสนอเรื่องราว ให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคลที่มีพฤติกรรม สุขภาพไม่เหมาะสม อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที การปฏิบัติตัว เมื่อสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และแหล่งความ ช่วยเหลือเมื่อสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงมี การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน ตามนโยบายของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นภาระกิจหลักของหน่วยการ พยาบาลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในการ ลดอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี ดังกล่าวมาประยุกต์ในการสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อให้ประชาชนทั่วไป เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปที่เข้า รับบริการ โรงพยาบาลศิริราชให้รับรู้ความเสี่ยง ความ รุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสรุปเป็น กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์

1. การให้ความรู้ด้วยวีดิทัศน์ เรื่อง “ตีบ ตัน แตก ตาย”
2. ให้แผ่นพับเรื่อง “รู้จักโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โครงการพัฒนาชุดความรู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”
3. อภิปรายกลุ่ม
4. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
5. อภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
6. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
7. การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
8. สอบถามความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อสงสัยโรค
9. การติดตามความรู้ความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวหลังได้รับความรู้ 6 เดือน

- การรับรู้ความรุนแรง
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง
- ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง
- ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดครั้งเดียวหลังการทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั่วไปที่เข้ารับบริการมุมสุขภาพ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 จำนวน 206 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 103 คน และกลุ่มควบคุม 103 คน การสุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองโดย Application N4studies แบบ Two independent proportion¹² ได้จำนวนประชากร 206 คนโดยไม่มีการสุ่มประชากร และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) สามารถรับรู้และสื่อสารทั้งการอ่าน พูด เขียน และมองเห็นเป็นปกติด้วยตาเปล่าหรือแว่นตาเดิม 3) มีการรับรู้ปกติ โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ได้คะแนนมากกว่า 24 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน และ 4) มีโทรศัพท์มือถือ หรือ smart phone หรือสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส¹⁰ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ครั้ง โดยการจัดกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละไม่เกิน 5 คน ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความรู้แก่ประชาชนที่เข้ารับบริการมุมสุขภาพ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และติดตามการรับรู้หลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส น้ำหนักส่วนสูง รอบเอว โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์พบเห็นบุคคลมีอาการโรคหลอดเลือดสมองโดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

2.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบคัดกรองที่ได้รับการคิดแปลงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 8 ข้อ² ประกอบด้วย ประวัติครอบครัว การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดจาก



หลอดเลือดฝอยปลายนิ้วแบบไม่ต้องอดอาหารก่อนการตรวจเพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้เข้าร่วมวิจัย ความยาวรอบเอวและดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติโรคหัวใจ โดยมีการให้คะแนนตามระดับความเสี่ยง โดย คะแนน 0-1 คะแนน คือ ปกติ, 2 คะแนน คือ เสี่ยงสูงเล็กน้อย, 3-5 คะแนน คือ เสี่ยงสูงปานกลาง และคะแนนมากกว่า 5 คะแนน คือ เสี่ยงสูงมาก

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹³ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย คะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงมาก และคะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงน้อย

2.4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹³ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย คะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน การแปลผลคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงต่ำ

2.5 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹³ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย คะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน การแปลผลคะแนนสูง หมายถึง มีความคาดหวังสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง มีความคาดหวังต่ำ

2.6 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรม¹³ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย คะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน การแปลผลคะแนนสูง หมายถึง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. สื่อกำหนดด้วยวิธีทัศน์และแผนผังตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้กับประชาชนที่เข้ารับบริการที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 5 คนแล้วปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง และมีการเผยแพร่สู่ประชาชนในนิทรรศการศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช ที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช (Siriraj Stroke Center)

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงแบบสอบถามโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือด ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิท่านเดียวกันกับข้อ 1 โดย แบบสอบถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) เท่ากับ .861, .725, .701 และ .758 ตามลำดับ เมื่อนำไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไปที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงแบบสอบถามโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือด เท่ากับ .741, .802, .710 และ .862 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการอนุมัติรับรอง โครงการวิจัยตามเอกสารเลขที่ 372/2560 (EC1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์ของงานวิจัย รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยหรือเผยแพร่จะนำเสนอ ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ภายหลังการได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประจำหน่วยพยาบาลด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยพยาบาลด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอมเข้าร่วม

งานวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 103 ราย หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมกลุ่มประชากรทดลองจนครบอีก 103 ราย โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความรู้แรง แบบสอบถามโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20 นาที (ก่อนการทดลอง)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ด้วยวิธีมาตรฐานแบบเดิม 1 ครั้ง ใช้เวลา 40 นาที โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยพยาบาลให้ความรู้เป็นรายบุคคลพร้อมแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการปฏิบัติเบื้องต้น พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (หลังการทดลองทันที) เรื่องการรับรู้ความรู้แรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแบบสอบถามเรื่องแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามมีการสัมภาษณ์ติดตามการรับรู้และความจำเรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมองโดยการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือน (หลังการทดลอง 6 เดือน) ใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมประมาณ 20 นาที



กลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม (ก่อนการทดลอง)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวิธีทัศนที่มุมสุขภาพตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 40 นาที โดยการจัดกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละไม่เกิน 5 คน ประกอบด้วย การให้กลุ่มตัวอย่างชมสื่อการสอนด้วยวิธีทัศน ซึ่งจัดทำโดยศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราช เรื่อง “ตีบ ตัน แตก ตาย” ความยาว 2.46 นาที นำเสนอเรื่องราวให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือนที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที การปฏิบัติตัวเมื่อสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แหล่งความช่วยเหลือเมื่อสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และแจกแผ่นพับเรื่อง “รู้จักโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โครงการพัฒนาชุดความรู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” รวมถึงได้จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม โดยให้กลุ่มตัวอย่างการตอบคำถามหลังจบการดูวิธีทัศน ทบทวนความรู้สึกและแรงจูงใจ สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยประสบการณ์ที่ผ่านมา เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงนำประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิดมาอธิบายเพิ่มเติม พร้อมขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด แบบสอบถามเรื่องแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง (หลังการทดลองทันที)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยปฏิบัติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม (หลังการทดลอง 6 เดือน)

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. เปรียบเทียบจำนวนของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองด้วยสถิติ independent samples t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 103 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลคล้ายคลึงกัน สำหรับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.5 มีอายุเฉลี่ย 53.5 ปี (SD = 15.3) จบการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ 80.98 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.3 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.8 ตามลำดับ ด้านประสบการณ์พบเห็นบุคคลมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) กลุ่มทดลองมีประสบการณ์พบเห็นบุคคลมีอาการโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพบเห็นบุคคลมีอาการโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวข้องเป็น บิดา/มารดา ร้อยละ 30.6 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 26.5 และญาติ/พี่น้อง ร้อยละ 22.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 47.6 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 206)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=103)		กลุ่มควบคุม (n=103)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	53	51.5	43	41.7
หญิง	50	48.5	60	58.3
อายุ (ปี)	53.5 ± 15.3		52.4 ± 16.2	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	52	50.4	62	60.3
ปริญญาตรี	39	37.9	33	32.0
สูงกว่าปริญญาตรี	12	11.7	8	7.8
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	41.7	38	36.9
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เอกชน	27	26.2	15	14.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15	14.6	21	20.4
ข้าราชการ	11	10.7	16	15.5
อื่น ๆ	7	6.8	13	12.6
โรคประจำตัว *	(n = 52)		(n = 55)	
โรคหัวใจและหลอดเลือด	30	57.7	33	60.0
โรคความดันโลหิตสูง	22	43.3	27	49.1
โรคไขมันในเลือดสูง	19	36.5	22	40.0
โรคเบาหวาน	11	21.2	15	27.3
อื่น ๆ	5	9.6	7	12.7
ประสบการณ์พบเห็นบุคคลมี	(n=49)		(n=54)	
อาการโรคหลอดเลือดสมอง				
บิดา/มารดา	15	30.6	23	42.6
สามี/ภรรยา	13	26.5	14	25.9
ญาติ/พี่น้อง	11	22.4	9	16.7
บุคคลอื่น	10	20.4	8	14.8
ความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				
ปกติ	49	47.6	51	49.5
เสี่ยงสูงเล็กน้อย	27	26.2	23	22.3
เสี่ยงสูงปานกลาง	18	17.5	15	14.6
เสี่ยงสูงมาก	9	8.7	14	13.6



ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	12.8	1.3	12.0	1.9	3.5	0.01*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	13.2	1.0	12.6	1.4	3.5	0.01*
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง	8.2	2.9	8.8	1.8	1.8	0.08
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	9.3	1.5	7.2	1.2	11.1	0.01*

* $p < 0.05$

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	13.8	0.8	12.9	1.5	5.4	0.01*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	14.0	0.6	13.6	0.9	3.8	0.01*
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง	9.1	1.2	8.4	0.9	4.7	0.01*
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	9.6	1.4	7.8	1.3	11.1	0.01*

* $p < 0.05$



การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลปกติ เนื่องจากกลุ่มทดลองให้ความสนใจกับการ เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม โดยกิจกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการส่งเสริมการ รับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองผ่านการชมวิดีโอ เรื่อง “ตีบ ตัน แตก ตาย” แจกแผ่นพับเอกสารแผ่นพับเรื่อง “รู้จักโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke) โครงการพัฒนาชุดความรู้ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง” และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่ม ผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม อาการ ของโรคหลอดเลือดสมอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่ม ทดลองที่มีประสบการณ์พบเจอบุคคลที่มีอาการของโรค หลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือด สมองที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที และการปฏิบัติตัวเมื่อ สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่ 2 คือ กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง โดยการประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองการ กิจกรรม ที่ 3 คือ กิจกรรมสร้างความคาดหวังในประสิทธิภาพผล ของการตอบสนองในการมีพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ที่เหมาะสม และกิจกรรมที่ 4 คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมี ความเชื่อมั่นในตนเองผ่านการตอบคำถามเกี่ยวกับอาการ ของโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่ม โดยมีการเสริม แรงทางบวก เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาได้มีแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นภายในกลุ่ม หลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่ม ร่วมกับสื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์ดังกล่าว เป็นไปตาม

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส⁸ ที่กล่าวว่า การส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพผล ของการตอบสนองในการมีพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ที่เหมาะสม และความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถสร้างแรงจูงใจ ให้บุคคลมีการเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจัดกิจกรรม ส่งเสริมการเรียนรู้แบบกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกใน กลุ่มมีความรู้จากการการเรียนรู้ร่วมกันได้^{10,15} โดย กระบวนการกลุ่มเรียนรู้ มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก ประสบการณ์โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการกระตุ้นให้ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งช่วยให้ค้นหาแรงจูงใจของแต่ละ คนในกลุ่มเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี เช่น การกลัวเสียชีวิตหรือเกิดความพิการ กลัวการ นอนโรงพยาบาล หรือกลัวไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น หลังจาก การร่วมกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มร่วมกันตอบคำถามถึง ความรุนแรงและอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้^{5, 16} รวมถึงหากผู้ป่วยมีประสบการณ์พบเห็นบุคคลมีอาการ โรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึง อาการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น⁹ อีกทั้งการจัดกิจกรรมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์หรือภาพเคลื่อนไหว ประกอบการให้คำแนะนำสามารถดึงดูดความสนใจ และ สร้างแรงจูงใจได้ดี ถ้าเนื้อหาในสื่อวีดิทัศน์เป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและอธิบายวิธีการปฏิบัติตัว เข้าใจที่เข้าใจได้ง่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางการปฏิบัติ ตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีอาการผิดปกติตามสื่อวีดิทัศน์ ที่นำเสนอ^{7, 8, 12} สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองรับรู้ความเสี่ยงของตนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และ กิจกรรมกลุ่มจะทำให้เกิดความตระหนัก สร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และ สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมเมื่อเกิดอาการผิดปกติ^{13,14}

ส่วนการติดตามความคงอยู่ของการรับรู้อาการ



และแนวทางการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมองผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หลังได้รับความรู้ 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรมีการติดตามความคืบหน้าของการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสมหลังจากได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยงยังคงรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ถึงผลดีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานด้านอาหาร การออกกำลังกาย รับรู้ถึงความสามารถตนเองในการป้องกันโรค ตลอดจนมีความตั้งใจที่จะนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การเสริมแรงทางบวก หรือการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว¹⁸ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและยั่งยืน ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาและแนะนำเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบได้หลังจากสอบถามข้อมูล การวิจัย และแนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน

ดังนั้น ผลการศึกษานี้ช่วยยืนยันว่ากิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับสื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีประสิทธิภาพ

ในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้ถึงความรุนแรง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนในการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง และมีความรู้ความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวดีขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้และการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ควรนำการใช้สื่อการสอนด้วยวีดิทัศน์และ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการด้านส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้เข้าถึงบริการ และมีความรู้ความเข้าใจ อาการความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงมีการปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมองได้

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านการขยาย ระยะเวลาดำเนินการวิจัยเชิงทดลองให้มากขึ้นและควรมี การทดสอบ หรือจัดโปรแกรมกระตุ้นการรับรู้ของผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ทำการวิจัยขอขอบพระคุณ รศ. นพ.ยงชัย นิละนนท์, ผศ. ดร.ศรัญญา ไชยติเมมงคล, ผศ. ดร.วันเพ็ญ ภิญโญสากุล, คุณเอื้องพร พิทักษ์สังข์, คุณยุรัตน์ ม่วงเงิน และหน่วยงานพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ที่ให้ คำปรึกษาและสนับสนุนในการทำวิจัย รวมถึงผู้ปฏิบัติ



งานทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการ
วิจัยนี้

Malang. Journal of Nursing Practice.
2018;1(2):12-7.

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. The top 10 causes of death. (Internet). 2022 (cited 2022 Sep 28) Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (accessed September 28, 2022).
2. Bureau of Non-Communicable Disease. Report NCDs situation: diabetes mellitus hypertension and related risk factors in 2019. 1st ed. Bangkok: Uksorngraphic & Design Press Company;2019. (in Thai)
3. Medical Records and Medical Statistics Service. Statistics of patients receiving services from the Public Health Nursing Unit, Siriraj Hospital 2020; Bangkok. (in Thai)
4. Murphy SJX, Werring DJ. Stroke: Causes and Clinical Features. Medicine. 2020;48(9): 561–6.
5. Jittanon P, Buapetch A, Saksornngmuang P, Arab W, Wongyongsil S, Wauters Y. Cerebrovascular Knowledge and Preventive Behaviors of Cerebrovascular Risk Group: A Case Study of Huinang Sub-district, Trang Province. JRN-MHS. 2021;41(2):13-25. (in Thai)
6. Uthissampankul A. Development and Effect of Video-based Education to Knowledge and Skill in Hemiplegia Stroke Patient for Caregivers. Med J Sisaket Surin Buriram Hosp. 2022;37(1):77-89. (in Thai)
7. Muslihati I, Lisandy YG, Kasanah R, Winarko HA. Effect of education media video on improves stroke prevention behavior in continued age in Wiyurejo Pujon Malang. Journal of Nursing Practice. 2018;1(2):12-7.
8. Wasusatein P. Health promotion behaviors of the people at risk for stroke in health region 6. J Dept Health Ser Support. 2018; 14(1): 42-53. (in Thai)
9. Chen Y, Wei Y, Lang H, Xiao T, Hua Y, Li L, et al. Effects of a Goal-Oriented Intervention on Self-Management Behaviors and Self-Perceived Burden After Acute Stroke: A Randomized Controlled Trial. Frontiers in Neurology. 2021;12.
10. Rogers RW. A Protection motivation theory of fear appeals and attitude change. J Psychol 1975;91(1):93-114.
11. Pandian JD, Gall SL, Kate MP, Silva GS, Akinyemi RO, Ovbiagele BI, et al. Prevention of stroke: a global perspective. The Lancet. 2018;392(10154):1269–78.
12. Chetta N. n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Medical Journal. 2016; 68(3):160–70.
13. Likert R, editor. “The Method of constructing and attitude scale” Reading in attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
14. Sukwiboon T. Criteria for the most suitable interpretation of rating scale [Internet]. 2009 [cited 2022 Dec 23]. Available from:<https://ms.src.ku.ac.th/schedule/files/2553/Oct/1217086.doc> (in Thai)
15. Ignatowicz A, Odland ML, Bockarie T, Wurie H, Ansumana R, Kelly AH, et al. Knowledge and understanding of cardiovascular disease risk factors in Sierra Leone: a qualitative study of



- patients' and community leaders' perceptions. *BMJ Open*. 2020;10(12):e038523.
16. Subpaiboonkit P, Aungwattana S, Tamdee D. Effects of the motivation program on dietary behaviors and blood sugar level among uncontrolled diabetic persons. *Nursing Journal*. 2021;48(4):80–92. (in Thai)
 17. Saetae S, Sirisophon N. The effectiveness of a health promotion program applying protection motivation theory in changing the dietary behavior of employees with High blood cholesterol, Vibhavadi Hospital, Bangkok. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2022;15(2):127–47.
 18. Alloubani A, Saleh A, Abdelhafiz I. Hypertension and diabetes mellitus as predictive risk factors for stroke. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2018;12(4):577–84.



บทความวิจัย

ศึกษาสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อ: กรณีศึกษาพยาบาลเขตสุขภาพที่ 12

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน* และนัชชา สุนทรสวัสดิ์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อ: กรณีศึกษาพยาบาลเขตสุขภาพที่ 12

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีการดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดไร้รอยต่อเขต 12 จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจไร้รอยต่อของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก (ประเทศไทย) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสมรรถนะการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา : สมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางทุกด้านตามลำดับดังนี้ 1. ความสามารถในการประเมินผู้ป่วย 2. ความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3. ความสามารถด้านปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) 4. ความสามารถในการบริหารยาผู้ป่วย และ 5. ความสามารถด้านการให้การพยาบาล และช่วยทำหัตถการในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อ

สรุป: สมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางทั้งรายด้านและรวมทั้งหมด

คำสำคัญ: สมรรถนะการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ / การพยาบาลแบบไร้รอยต่อ / โรคหัวใจ และหลอดเลือด/ เขตสุขภาพที่ 12



Functional Competency of Cardiovascular Nurses for Seamless Nursing Care Team; Case Study Nurse in Health District 12

Penchun Saenprasarn* and Nutchra Suntronsawat**

Abstract

Purpose: To assess the competencies of nursing roles among the personnel participating in the development project for seamless cardiac and vascular disease patient care from Health District 12.

Design: Descriptive study

Method: The sample were Cardiovascular Nurses for Seamless Nursing Care Team involving 40 individuals from Health District 12. Data will be collected using a general information questionnaire and an assessment form for nursing competencies in the role of caring for seamless cardiac and vascular disease patients, developed by the Thai Heart Nurses Association. The reliability coefficient stands at 0.84. Analyzing the general data of the sample group, the competencies of nursing roles in caring for seamless cardiac and vascular disease patients by descriptive statistic.

Result: The average competency level of professional nurses in the role of caring for seamless cardiac and vascular disease patients is moderately high across various aspects, in the following order 1) Ability in patient's assessment, 2) Ability in empowering strengths, 3) Ability in Cardio-Pulmonary Resuscitation (CPR) practices, 4) Ability in patient medication management, and 5) Ability in nursing care provision and assistance in cardiac and vascular disease patient procedures without borders.

Conclusion: The average competency level of professional nurses in the role of caring for seamless cardiac and vascular disease patients without borders is moderately high across all individual aspects as well as overall.

Keywords: Nursing functional competencies/ Seamless nursing care/ Cardiovascular disease/ Health District 12



บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของประชาชน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก(WHO)¹ ระบุว่า มีการตายและสาเหตุการตายประชากรโลก ปี 2000-2019 สาเหตุการตายที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ มากกว่า 2 ล้านคน ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVDs) ทั่วโลกคร่าชีวิตผู้คนไปประมาณ 17.9 ล้านคนในแต่ละปี ในปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ทั้งนี้ การเสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดมากกว่าสามในสี่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง ในปี 2562 ประเทศไทย มีผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด จำนวน 350,922 ราย (อัตราผู้ป่วย 535 ต่อ ประชากรแสนคน) เสียชีวิตจำนวน 20,556 ราย (อัตราผู้ป่วย 31 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งการที่จะสามารถป้องกัน หรือลดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้นั้นจำเป็นที่จะต้องจัดการแก้ไขที่สาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยงหลักคือ พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ด้วยการมุ่งเน้นกลยุทธ์การสร้างเสริมความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง ในการสร้างสุขภาพ ปัจจุบันการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้ให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง เช่น ยุทธศาสตร์กรมอนามัยปี 2560 ตั้งเป้าประสงค์ประชากรวัยทำงาน “วัยทำงาน หุ่นดี สุขภาพดี” และมีสมรรถนะการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่พึงประสงค์ 4 ด้าน² คือ 1) มีพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้สดลดหวาน มัน เค็ม 2) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ 3) พฤติกรรมการนอนหลับสนิทวันละ 7-9 ชั่วโมง 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

การบริการสุขภาพในปัจจุบันจำเป็นที่ต้องมีกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียม สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี รวดเร็ว ทันเวลา และครอบคลุม การสร้างเสริมสุขภาพการดูแลรักษา การดูแลต่อเนื่องทุกระดับบริการ

การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการดูแลไร้รอยต่อ หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ใช้บริการที่มีการดูแลแก้ไขปัญหสุขภาพอย่างต่อเนื่องลดช่องว่างของข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล ทั้งภายในโรงพยาบาล และการดูแลที่บ้าน เพื่อให้การรักษาพยาบาลเกิดคุณภาพ และประสิทธิภาพสูง³ มีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลไร้รอยต่อมีความสำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่หลากหลายและซับซ้อน การเข้าถึงการบริการ และการดูแลต่อเนื่องเป็นทีม การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน⁴ รวมทั้ง ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่น และคล่องตัวในการทำงาน และการติดต่อสื่อสาร นโยบายของประเทศด้านสุขภาพ โดยคณะกรรมการอำนวยการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข หักด้านที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการพยาบาลไร้รอยต่อ⁵ ได้แก่ ด้านที่ 5 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทย แข็งแรง จะเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารกับประชาชน เพื่อยกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ เพิ่มศักยภาพ อสม.ชุมชนเข้มแข็งร่วมพลังสร้างสุขภาพดี พัฒนาศักยภาพคนไทยทุกช่วงวัยให้สามารถดูแล สุขภาพกาย-ใจของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง และ ด้านที่ 6 ด้านบริการ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น และลดอัตราตายของโรคที่สำคัญ เน้นย้ำเรื่องของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่เป็นแนวคิดสำคัญของการพยาบาลไร้รอยต่อ เพราะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ประกอบกับการบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนมีการบริการที่แยกส่วนไม่ต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพไม่สามารถให้บริการที่สอดคล้องกัน เกิดความล้มเหลวไม่ปลอดภัยมักเกิดขึ้นในช่วงต่อเนื่องของกระบวนการดูแลกลยุทธ์ที่สำคัญที่สามารถลดอัตราการเกิดความผิดพลาดเหล่านี้คือ กระบวนการดูแลไร้รอยต่อ ซึ่งหมายถึง



กระบวนการดูแลให้รับขึ้น และต่อเนื่องอย่างปลอดภัย จากโรงพยาบาล บ้าน ชุมชน การสื่อสาร และการดูแล ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการส่วนมากจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะเป็นความสามารถที่บุคคลแสดงให้ประจักษ์ใน การปฏิบัติงานในหน้าที่ หรือตำแหน่งงานที่ได้รับมอบ หมาย สะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังจากผลการปฏิบัติ งาน (actual performance output based) และ สอดคล้องกับมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้ กำหนดสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ไว้ ดังนี้ 1) ความ สามารถในด้านการประเมินผู้ป่วย 2) ความสามารถในการ เสริมสร้างพลังอำนาจ 3) ความสามารถด้าน ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) 4) ความสามารถการ บริหารยาในผู้ป่วย 5) ความสามารถด้านการให้การ พยาบาล และช่วยทำหัตถการ⁶ การกำหนดกรอบ สมรรถนะ จะประกอบด้วย รายการของความสามารถที่ องค์กรต้องการ เพื่อให้ได้ผลงานที่มีประสิทธิภาพ ไม่มี รูปแบบตายตัว อาจแตกต่างกันตามความต้องการของ องค์กร ในแต่ละวิชาชีพการกำหนดกรอบสมรรถนะขึ้น อยู่กับลักษณะของงาน มาตรฐาน บทบาท หน้าที่ และ ความต้องการขององค์กร⁷ พยาบาลวิชาชีพในเขต 12 เป็นกลุ่มผู้ให้การพยาบาลโรคหัวใจ และหลอดเลือดไว้ ร้อยต่อ ที่เป็นตัวอย่างในการดำเนินการ เช่น เป็นผู้มีส่วน ที่ประสานงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอด เลือดแบบไร้รอยต่อ เป็นผู้บริหารขององค์กรที่เข้ารับการ อบรม เพื่อทำหน้าที่พยาบาลผู้ประสานงานการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อ หรือ สนับสนุนร่วมมือในการทำงานในกลุ่มงาน หรือมีความรู้ ประสพการณ์ เข้าใจบทบาทในการพยาบาลผู้ป่วย โรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อคือ วิชาการ อำนวยการ/ยุทธศาสตร์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สามารถเป็นต้นแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ทุกระดับให้หันแนวคิดไปต่อยอดสู่การปฏิบัติ และพัฒนา ต่อเนื่องได้อย่างยั่งยืน ประกอบกับในพื้นที่มีกลุ่มประชากร ที่หลากหลายวัฒนธรรม การดำรงชีวิตเฉพาะต่าง ๆ กัน

ถ้าพยาบาลมีสมรรถนะสูงการดูแลผู้ป่วยในการป้องกัน ส่งเสริม ดูแลต่อเนื่อง เมื่อมีปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่งผลดีต่อชุมชน และประชาชนส่วนมาก ได้ในที่สุด

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้ บุคลากรมีความรู้ด้านสุขภาพ และมีสมรรถนะการ พยาบาลตามบทบาท หน้าที่ที่เหมาะสม ที่สามารถให้การ พยาบาลที่มีคุณค่า และเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเกิด ความเชื่อถือในกลุ่ม ผู้ร่วมวิชาชีพสหสาขา ชุมชน สังคม ที่สำคัญคือ ผู้ป่วย และครอบครัวมีสุขภาพดี สามารถดูแล ตนเองได้ ป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดโรคหัวใจหลอด เลือด และดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นซ้ำ หรือ เกิดความร้ายแรง จึงทำการศึกษาสมรรถนะการพยาบาล ตามบทบาท หน้าที่ ของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 12 เพื่อเป็นข้อมูลนำไปพัฒนาต่อยอดให้เป็นองค์กร ต้นแบบในเขตสุขภาพที่ 12 และเสริมสร้างศักยภาพ บุคลากรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยนำปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อการสร้างสมรรถนะ ความรู้ ความเข้าใจของทีม การพยาบาลเป็นหลักในการพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสมรรถนะการพยาบาลตามบทบาท หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 12

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการ วิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะการ พยาบาลตามบทบาท หน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยโรค หัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อโดยใช้กรอบแนวคิด สมรรถนะการพยาบาลตามบทบาท หน้าที่การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดของสมาคมพยาบาล โรคหัวใจ และทรวงอก และการดูแลแบบไร้รอยต่อของ รัฐบาลเวลส์⁴



สมรรถนะการพยาบาลตามบทบาท หน้าที่การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อตามบทบาท หน้าที่ ได้แก่ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วย ความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสามารถด้านปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) มีความสามารถการบริหารยาในผู้ป่วย และมีความสามารถด้านการให้การพยาบาลเฉพาะ และช่วยทำหัตถการ⁸

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา 5 องค์ประกอบ และสมรรถนะการพยาบาลตามบทบาท หน้าที่ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อตามบทบาทหน้าที่ 5 ด้าน ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึง กันยายน 2565 ในกลุ่มพยาบาลเขตสุขภาพ 2 จำนวน 40 คน ที่ประกอบด้วย 7 จังหวัดคือ จังหวัดตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี นราธิวาส และยะลา

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการอบรม เพื่อทำหน้าที่พยาบาลผู้ประสานงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อ ในปี 2565 จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และทรวงอกแบบไร้รอยต่อในเขตสุขภาพที่ 12, 2) เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดไร้รอยต่อ และ 3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเดิมข้อความ และแบบเลือกตอบ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อ ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลตามบทบาท หน้าที่ผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วย ความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถด้านปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) มีความสามารถการบริหารยาในผู้ป่วย และมีความสามารถด้านการให้การพยาบาล และช่วยทำหัตถการ(สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก) รวมแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 56 ข้อ และแปลผลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง สมรรถนะมากที่สุด คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง สมรรถนะมาก คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง สมรรถนะปานกลาง คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง สมรรถนะน้อย คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง สมรรถนะน้อยที่สุด และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนประเมินสมรรถนะตนเอง มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ประเมินสมรรถนะตามบทบาท หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อที่สร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง (Content validity index: CVI) ของแบบสำรวจเท่ากับ 0.80 โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจไร้รอยต่อ 3 ท่าน เหลือข้อคำถามสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ 56 ข้อ แล้วนำมาหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)⁹ได้เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการพิจารณารับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจาก



คณะกรรมการจริยธรรมสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (IRB CVT 1/2565) ผู้วิจัยพิธีสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งสิทธิการตอบ หรือไม่ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลส่วนตัวจะถูกเก็บรักษา ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ เป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม โดยได้ลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูล (consent form) รวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือต้องการยุติระหว่าง การให้ข้อมูลตามความประสงค์ของผู้ให้ข้อมูลสามารถทำได้ทันที การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ภายหลังจากได้รับคำอธิบายแล้วหากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและ และจึงทำการรวบรวมข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ 5 ด้าน วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบประเมินสมรรถนะ

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบประเมินรวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน พบว่า มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31- 40 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 และอายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 โดยเป็นเพศหญิง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 85.00 ระดับปริญญาโท

จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 และอื่น ๆ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50

โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระหว่าง 11-20 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมาคือ ประสบการณ์ระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ประสบการณ์ระหว่าง 1-10 ปี มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 และมีประสบการณ์ระหว่าง 31-40 ปี มีเพียงจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50 ไม่ระบุ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50

สำหรับสถานที่ปฏิบัติงาน เป็นงานผู้ป่วยนอก จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 ไม่ระบุ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และเป็นงานผู้ป่วยในจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 โดยไม่ระบุหน่วยงานที่สังกัด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 หน่วยงานอื่น ๆ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50 หอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50

นอกจากนี้ พบว่า เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 77.50 รองลงมาคือ อื่น ๆ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 ไม่ระบุ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 และตำแหน่งหัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 เป็นโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในระดับตติยภูมิ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมาคือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และไม่ระบุ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลไร้รอยต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่เกี่ยวกับระดับความสามารถ 5 ด้านหลักสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้



ตารางที่ 1 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลไรร้อยต่อโรคหัวใจ จำแนกตามรายด้าน

ด้านที่	สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ	ระดับความสามารถ			
		ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลความ	ลำดับ
1	การประเมินผู้ป่วย	3.480	0.640	ปานกลาง	1
2	การบริหารยาในผู้ป่วย	3.143	0.858	ปานกลาง	4
3	การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)	3.417	0.882	ปานกลาง	3
4	การให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการ	2.935	0.960	ปานกลาง	5
5	การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในเครือข่าย	3.446	0.558	ปานกลาง	2
รวม		3.284	0.779	ปานกลาง	

จากตารางที่ 1 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลไรร้อยต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด ภาพรวม พบว่า พยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลไรร้อยต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด มีความสามารถในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.284 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.779

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลไรร้อยต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสามารถในด้านการประเมินผู้ป่วย เป็นลำดับแรก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.480 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.640 มีความสามารถในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นลำดับที่สอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.446 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.558 มีความสามารถด้านปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) เป็นลำดับที่สาม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.417 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.882 มีความสามารถการบริหารยาในผู้ป่วย เป็นลำดับที่สี่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.143 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.858 และมีความสามารถด้านการให้การพยาบาล และช่วยทำหัตถการ เป็นลำดับสุดท้าย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.935 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.960

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยโดยแบ่งการอภิปรายเป็นรายด้าน ดังนี้

1. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไรร้อยต่อด้านการประเมินผู้ป่วย

พบว่า พยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลไรร้อยต่อโรคหัวใจ มีความสามารถในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.480 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.640 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลไรร้อยต่อโรคหัวใจ มีความสามารถประเมินคัดกรองจำแนกผู้ป่วยตรวจวัดสัญญาณชีพได้ถูกต้องในระดับมาก เป็นลำดับแรก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.450 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.630 รองลงมา ได้แก่ สามารถวินิจฉัยวางแผนให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง และสามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ถูกต้องตามลำดับความสำคัญของปัญหา ในระดับมาก เช่นเดียว โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.875, 3.775 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.748 และ 0.651 ตามลำดับ และลำดับสุดท้าย คือ มีผลงานทางวิชาการผลงานวิจัย



นวัตกรรมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.375 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.85

2. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อสมรรถนะในด้านการบริหารยา

พบว่าพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลไร้รอยต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสามารถในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.858 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลไร้รอยต่อโรคหัวใจ มีความสามารถใช้เครื่องมือในการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดได้อย่างถูกต้อง ในระดับมาก เป็นลำดับแรก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.800 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.954 รองลงมาลำดับที่ 2 คือ สามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้เมื่อเกิดปัญหาจากการได้รับยา ในระดับมากเช่นเดียวกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.550 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.048 และสามารถบริหารยาเพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อน อยู่ระดับปานกลาง เป็นลำดับที่ 3 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.350 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.130 ส่วนลำดับสุดท้าย คือ สามารถสร้างนวัตกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารยา อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.550 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.921

จากผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะที่ต้องมีการพัฒนา เช่น ความสามารถการบริหารยาผู้ป่วย เพราะการบริหารยาเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด¹⁰ เป็นสมรรถนะหลักที่จำเป็นของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกข้อที่ 2 แต่พยาบาลในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความสามารถการบริหารยาในระดับปานกลางและน้อย ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถและต้องทำการประเมินความรู้เรื่องกลุ่มยาโรคหัวใจและหลอดเลือด พยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารยาเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงจากยา⁷

3. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย [CPR] พบว่าพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลไร้รอยต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสามารถในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.417 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.882 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพฯ มีความสามารถประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมของระบบการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับมากเป็นลำดับแรก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.000 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.866 รองลงมาลำดับที่ 2 ในระดับมากเช่นกัน ได้แก่ สามารถประเมินผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ และปฏิบัติการกู้ชีวิตเบื้องต้น (BLS) ได้ สามารถประเมินผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมในการประสานงานกับสมาชิกทีมกู้ชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 เท่ากัน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.979, 0.842 ตามลำดับ และมีความสามารถเป็นวิทยากรจัดโครงการอบรมภายใน และนิตศตามการฝึกปฏิบัติการกู้ชีวิตเบื้องต้นแก่บุคลากรด้านการกู้ชีวิตได้ อยู่ระดับปานกลาง เป็นลำดับสุดท้าย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.825 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.159

4. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อด้านการให้การพยาบาล และช่วยทำหัตถการ พบว่าพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลไร้รอยต่อโรคหัวใจมีความสามารถในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.935 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.960 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลไร้รอยต่อโรคหัวใจมีความสามารถอธิบายการพยาบาล แต่ละหัตถการได้ในระดับปานกลาง เป็นลำดับแรกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.125 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.005 รองลงมาลำดับที่สอง คือ สามารถปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติในแต่ละหัตถการของหน่วยงาน และใช้อุปกรณ์เครื่องมือพื้นฐานได้ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.075 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน



เท่ากับ 1.010 และลำดับสุดท้ายคือ สามารถแปลผลการตรวจเฉพาะทางโรคหัวใจหลอดเลือด และทรวงอก ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.600 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.044

จากผลการศึกษา อธิบายได้ว่า ความสามารถด้านการให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการอาจเนื่องจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จึงขาดประสบการณ์ในการทำหัตถการในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่จะเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนในวงกว้างตั้งแต่บุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม และการเร่งแก้ไขปัญหา/ประเด็นสุขภาพที่ก่อให้เกิดผลกระทบโดยรวมต่อชุมชนและสังคม¹¹ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมด้านนี้มากขึ้น

5. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อ ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) พบว่า พยาบาลวิชาชีพการพยาบาลไร้รอยต่อโรคหัวใจมีความสามารถในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.446 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.558 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าพยาบาลวิชาชีพฯ มีทัศนคติที่ดีต่อการเสริมพลังอำนาจในระดับปานกลาง เป็นลำดับแรกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.150 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.792 รองลงมา ลำดับที่สอง และลำดับที่สาม ได้แก่ ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.850, 3.675 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.760, 0.787 และลำดับสุดท้าย

คือ มีความรู้ในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยในเรื่อง cardiac rehabilitation ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.075 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.755

สรุป สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 ด้าน พบว่า สมรรถนะเฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีสมรรถนะระดับมากที่สุด คือความสามารถในด้านการประเมินผู้ป่วย และเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยตามลำดับต่อมาคือด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และด้านการบริหารยาตามลำดับ ส่วนด้านการให้การพยาบาลและทำหัตถการมีคะแนนต่ำสุด จึงควรมีการพัฒนาด้านนี้ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำข้อมูลที่ได้มาศึกษาและกำหนดกลยุทธ์ และออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อยกระดับสมรรถนะการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่พยาบาลให้สูงขึ้น
2. ควรศึกษาวิจัย และพัฒนานวัตกรรมการเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อตามบทบาท หน้าที่ การพยาบาลกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป



Reference

1. World Health Organization. The top 10 causes of death (2019) [Internet]. World Health Organization; 2020; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Department of Health. Action Plan for Fiscal Year 2017, Department of Health [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. Available from: https://psdg.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/psdg/n468ef28e09d620396eb25e879c08f8909b9_14%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%87%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%93%20%E0%B8%9E%E0%B8%A8.%202560.pdf. [In Thai].
3. Thitipongpas J, Cheevakasemsook A, Saenprasarn P. The development of a primary nursing model based on Swanson's caring theory at an emergency department in a private hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2020;31(1): 198-211. [In Thai].
4. The Welsh NHS Foundation. Seamless services to improve outcomes for people [Internet]. Northern Ireland; NHS Confederation; 2018. Available from: <https://www.nhsconfed.org/publications/seamless-services-improveoutcomes-people>.
5. Ministry of Public Health, Office of the Permanent Secretary, Bureau of Information. Permanent Secretary of the Ministry of Public Health sets up a management team and a specialized team in 6 areas to drive policy into practice. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. [In Thai].
6. Saenprasarn P. Nursing for safety: CVT nursing competency. Bangkok: Cardiothoracic Nurses Association; 2017. [In Thai].
7. Ampawan J. Development of a competency framework for Palliative Care Nurses at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and eight Network Hospitals in Northern Thailand. 24 (1). 2017. [In Thai].
8. Nurakhe, A. (2006). History of the Heart and Thoracic Nurses Association of Thailand. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2006;7(1):1-9. [In Thai].
9. Cronbach, L. J. Essentials of Psychological Testing. New York: Harper & Row; 1970.
10. Trang Hospital. Seamless elderly health promotion project 2022. Retrieved from: <https://localfund.happynetwork.org/project/123880>. (2022). [In Thai].
11. Office of the National Economic and Social Development Council. National Economic and Social Development Plan No. 13 2023-2034. (2021) [In Thai]



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปรับปรุง มกราคม 2565)

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิชาการทางการแพทย์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยบทความต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ด้วยระบบการพิจารณาแบบ Double Blind Review

จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผลงานที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับตามเกณฑ์ของวารสาร กรณีที่บทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้แต่งจะต้องเป็นสมาชิกของวารสารฯ 2 ปี

ชนิดของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ (article) ทางทางการแพทย์
2. บทความวิจัย (research article) ทางทางการแพทย์
3. บทความปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษและปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับ

1. องค์ประกอบของบทความมีดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนทุกคน เป็นภาษาไทย พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และให้ระบุหน่วยงานของผู้แต่งชื่อแรกไว้ใต้ชื่อผู้เขียน โดยให้ระบุตำแหน่งงานไว้เป็นเชิงอรรถด้านล่าง (ดูตัวอย่างภายในเล่ม)
 - 1.3 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 250 คำ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัย แบบแผนงานวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และข้อสรุป
 - 1.4 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่งทุกคน Purpose, Design, Methods (sample, instrument, data collection and statistical analysis), Results, Conclusion ทั้งนี้ให้ระบุหน่วยงานและที่อยู่ของผู้แต่งทุกคน พร้อมระบุ corresponding author และ e-mail
 - 1.5 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละ 3-5 คำสำคัญและทำเครื่องหมาย / ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.6 เนื้อเรื่องบทความประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับดังนี้ และเพิ่มเติมรายละเอียดต่อไปนี้

- **บทนำ** ระบุถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยโดยย่อ ระบุกรอบแนวคิด (ความเรียง/แผนภาพ) และระบุวัตถุประสงค์การวิจัย

- **วิธีดำเนินการวิจัย** ระบุกรอบด้วยหัวข้อและการอธิบายถึง แบบแผนงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

- **ผลการวิจัย** เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน เสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิเมื่อจำเป็น

- **อภิปรายผล** อธิบายถึงเหตุผลของผลการวิจัยที่พบ (ทั้งที่เป็นและไม่เป็นตามสมมติฐานการวิจัย) โดยกล่าวอ้างถึงแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นำผลงานวิจัยของผู้อื่น มาสนับสนุนผลการวิจัยอย่างเหมาะสม สอดคล้อง

- **ข้อเสนอแนะ** ในการนำผลการวิจัยไปใช้ และประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป

- **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) ระบุผู้ให้ทุนและผู้ที่ต้องการแสดงความขอบคุณ สันกระชับและได้ใจความ

- **Reference** ใช้ระบบ Vancouver ครมมีความทันสมัย ไม่ควรเกิน 18 รายการ

การจัดพิมพ์

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows แบบอักษรใช้ Cordia New ขนาดตัวอักษร 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวน 7 – 13 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง) และควรเว้นห่างจากขอบกระดาษข้างละ 1 นิ้ว บน-ล่าง 1 นิ้ว และใส่หมายเลขหน้าทุกหน้า
2. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดต้องพิมพ์ขีดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน
3. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ ควรใช้เลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น (World Health Organization) เป็นต้น



การเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารตั้งแต่ปีที่ 31 เป็นต้นไป ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ทั้งนี้การอ้างอิงในเนื้อหาบทความมีหลักการอ้างอิงคือ เมื่อนำผลงานมาอ้างอิงให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความ เรียงลำดับ 1,2,3..... โดยให้ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความเป็นตัวเลขยกขึ้น แล้วรวบรวมเป็น Reference ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

รายการอ้างอิงทุกรายการต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อเรื่องและใน Reference และรายการอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง แล้วต่อท้ายด้วยว่า [In Thai]

การส่งบทความและกระบวนการพิจารณาตอบรับบทความ

1. ผู้แต่ง (Author) สามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบอิเล็กทรอนิกส์วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <https://www.tcithaijo.org/index.php/CUNS>

2. ผู้แต่งต้องจัดทำต้นฉบับบทความที่มี Template บทความถูกต้อง ได้แก่ องค์ประกอบบทความ รายการอ้างอิง

หากไม่ถูกต้องกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบและแก้ไขจนกว่าจะถูกต้องสมบูรณ์

3. กองบรรณาธิการจะส่งบทความที่มี Template ถูกต้อง สมบูรณ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ซึ่งจะใช้เวลาการพิจารณาประมาณ 4 สัปดาห์ จากนั้นจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบ

4. บทความที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์จะต้องจ่ายค่าตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ตามที่วารสารพยาบาลศาสตร์กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนิย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : อีระพงษ์ ยุพาทัง

✉ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

☎ โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130

E-mail address: jnsucu@chula.ac.th



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบสมัคร สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ 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 ดร.สุรศักดิ์ ตรีชัย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : อีระพงษ์ ยุพากิ่ง

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

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

รายนามคณาจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ	ทาโต
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา	วัฒยา
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน	อังสุโรจน์
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี	วิเศษฤทธิ์
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์	สาส์ตย์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร	ธนศิลป์
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ	อ่วมตานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ	พัทธอง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ	นันทไทยทวีกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย	ศุภเมธพร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา	แดงด้อมยุทธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร	อุปเสน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุตาพร	สถิตยพธการ
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.เนตรรัชนี	กมลรัตนานันท์
อ. ดร.ศกุนตลา	อนุเรือง
อ. ดร.ศิรินภา	จิตติมณี
อ. ณิชดาทิพย์	วราโภาค
อ. ภาวิณี	ซ้ายกลาง
อ. สีนันท	ดาราซ
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา	ประจุศิลป์ (ผอ.ศูนย์บริการวิชาการ)