



วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

JNRIH

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2567 | Vol 36 No. 1 January-April 2024

ISSN.....(Online)

JNRIH



วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2567

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

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเสนอวิทยากรก้าวหน้าทางพยาบาลศาสตร์ 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 : jnscu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร 02-218-1130
- พิมพ์ที่** สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2567

ที่ปรึกษา (Editorial advisor)

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

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

บรรณาธิการ (Editor)

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

กองบรรณาธิการ (Editorial board)

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

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

นักวิชาการอิสระ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีกษ์มล รัชกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(Assist. Prof. Dr. Pregamol Rutchanagul)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

(Assist. Prof. Dr. Puangpaka Kreeethong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

(Assist. Prof. Dr. Jantakarn Kanjanawetang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศัทธียา ศิริภัทรากูร์ แสนหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(Assist. Prof. Dr. Cattaliya Siripattarakul Sanluang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา อุรัตนมณี

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

(Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.สุชฎฤดี ธัชศฤงคารสกุล

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาโสภณ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

(Assist. Prof. Dr.Thanakorn Panyasaisophon)

Dr. Virya Koy

Deputy Director of Department of Hospital Services Chief Nursing

Dr. Maneewan S. Seay Florida (Part time)

Officer/Nursing Focal Person in Cambodia for WHO-WPRO

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์

Wikes University at Pennsylvania and South University,

(Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(Assist. Prof. Dr. Pennapa Dangdomyouth)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(Assist. Prof. Dr. Sunida Preechawong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(Assist. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring)

นายรัชกฤศ ยูพากิ่ง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(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)

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

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2567

สารบัญ	หน้า	Contents
บทความวิชาการ	Page	
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเซพซิส ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ณัฐธนิชา สิงห์จางาน	1	The Role of Nurses in Caring for Older Adults with Sepsis in the Intensive Care Unit. <i>Nattanicha Singjan</i>
บทความวิจัย		
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือด ขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ปรียาภรณ์ หงส์พิมลมาศ สุรีพร ธนศิลป์ นพมาศ พัดทอง	11	Selected Factors Related to Febrile Neutropenia of Lymphoma Patients Undergoing Chemotherapy <i>Preeyaporn Hongpimolmas Sureporn Thanasilp Noppamat Pudtong</i>
ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับ บริการในแผนกฉุกเฉิน สุภาวดี แก้วสินธุ์ ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์	26	Predictive Factors of Delirium in Older Persons at Emergency Department <i>Supawadee Keawsin Siriphun Sasat</i>
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต ในผู้ที่เป็นมะเร็ง อธิพงศ์ มุณีโน สุรีพร ธนศิลป์ นพมาศ พัดทอง	39	Selected Factors Related to Living will in Persons with Cancer. <i>Athipong Muneeno Sureporn Thanasilp Noppamat Pudtong</i>

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2567

สารบัญ	หน้า	Contents
บทความวิจัย	Page	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชัน ต่อทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน <i>ภัทรบดินทร์ โรจนวิสิษฐฎุชา สุนิศา สุขตระกูล</i>	53	The Effects of Caregiver Empowerment Program Combined with Web Application on Social Skills of Preschool Children with Autism <i>Pattarabadin Rojanawisitruecha Sunisa Suktrakul</i>
ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง <i>อริสมันต์ ศิริลาภ รัชนีกร อุปเสน</i>	66	Lived Experiences of Primary Caregivers in Violent Schizophrenic Persons <i>Arisaman Sirilap Ratchaneekorn Upasen</i>

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ดิฉันขอแจ้งการเปลี่ยนแปลง ชื่อวารสาร จาก วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นชื่อใหม่คือ วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ (Journal of Nursing Research, Innovation, and Health: JNRIH) ซึ่งดำเนินการโดย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เช่นเดิม โดยเริ่มใช้ในปีที่ ๓๖ ฉบับที่ ๑ มกราคม-เมษายน ๒๕๖๗ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันมากขึ้น บทความวิชาการและบทความวิจัยได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวนอย่างน้อย ๓ ท่านต่อบทความ (doble blinded)

ปัจจุบันวารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม ๒ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกของวารสารสามารถส่งบทความวิชาการ (article) รายงานการวิจัย (research article) บทความงานสร้างสรรค์ (creative article) บทความปริทัศน์ (review article) บทความการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (metanalysis article) บทความพิเศษ (special article) เพื่อตีพิมพ์ โปรดส่งผ่านระบบวารสาร online ของ Thaijo และ Scholar one สามารถสอบถามรายละเอียดการส่งบทความได้ที่กองจัดการวารสาร โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๒๙, email: juscu@chula.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาพิจารณาถ้อยแถลง ให้ข้อเสนอแนะบทความเพื่อให้มีผลงานที่มีคุณภาพ เป็นแหล่งองค์ความรู้ และเชื่อมโยงการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลกอย่างยั่งยืนต่อไป

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



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเซพซิสขณะเข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ

ณัฐธัญญา สิงห์จางาน*

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

ภาวะเซพซิส คือ ภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง ใช้เวลาในการรักษาตัวนาน และมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ประกอบกับปัจจัยทางด้านกระบวนการสูงอายุ ได้แก่ ระบบภูมิคุ้มกันลดลงและระบบร่างกายมีการเสื่อมถอย และลักษณะสำคัญที่พบได้ในผู้สูงอายุคือ อาการและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง เช่น ไม่มีไข้ ภาวะสับสนเฉียบพลัน รับประทานอาหารได้ลดลง และอ่อนเพลีย เป็นต้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและรุนแรง การคัดกรองเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วจะสามารถช่วยลดภาวะอวัยวะในร่างกายล้มเหลวหลายระบบและอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลวิกฤติต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเซพซิส ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้รับการคัดกรองอย่างรวดเร็ว วินิจฉัยที่ถูกต้อง และได้รับการรักษาที่มีมาตรฐาน อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

ความสำคัญ: บทบาทพยาบาลวิกฤติ/ ภาวะเซพซิส/ ผู้สูงอายุ



The role of nurses in caring for older adults with sepsis in the intensive care unit.

Nattanicha Singjan*

Abstract

Sepsis is a life-threatening condition that requires care in the intensive care unit, especially in older adults who tend to have serious complications, a prolonged length of hospital stay, and a high mortality rate compared to younger patients. Along with factors related to the aging process, including the immune system weakening and the body's systems deteriorating, and important characteristics of older adults with sepsis include atypical presentations such as hypothermia, acute confusion state, loss of appetite, and malaise, resulting in complex and serious health problems. Screening sepsis to ensure older adults receive proper and timely treatment can reduce multiple organ dysfunction and mortality rates. Therefore, nurses must have the knowledge, understanding, and ability to care for older adults with sepsis while being admitted to the intensive care unit, which requires expert nursing care to achieve rapid screening, accurate diagnosis, and standard treatment to ensure patient safety without serious complications.

Keywords: The role of critical nurse/ Sepsis/ Older adults



Introduction

Sepsis is an infection in the body caused by bacteria, viruses, fungi, or a variety of other pathogens that results in infection and induces systemic inflammatory response syndrome (SIRS), a syndrome of physiologic, pathologic, and biochemical abnormalities.¹ Sepsis is recognized as a medical emergency in which time matters and is the most common cause of admission to an intensive care unit (ICU) for older patients, which has had an increased incidence and prevalence that tends to increase with advancing age and a simultaneous increase in mortality.² The mortality rate of older patients with sepsis in ICU was more than twice that of adult patients, and the increase in mortality was about 0.75% per year.²

Sepsis is more common in older persons because of many aging-related variables, including immunosenescence, diminished physiological functions, host response declines, exacerbations of comorbidities, and the direct effect of infection on the organs.³ Combined with multiple comorbidity such as cancer, diabetes mellitus, and chronic obstructive pulmonary disease (COPD)⁴ and age-related anatomical decline. The defense mechanism of pathogens entering the body and the elimination of pathogens from the body contribute to the increased risk of sepsis in older patients^{4,5}, making them more susceptible to septic shock, increasing the duration of mechanical ventilation, prolonging the length of ICU stay, and a higher mortality rate of 2.5 as compared to young patients.⁶ To improve the clinical outcomes of

older adults with sepsis, reduce costs of care, and utilize fewer resources, accurate sepsis screening is essential for early detection and prompt implementation.⁷

However. Others factors contribute to the higher prevalence of sepsis including polypharmacy and indwelling medical devices such as urinary catheter, central line catheter, and endotracheal tube⁵, these factors are modifiable. In addition, important characteristics of sepsis in older adults with sepsis is atypical presentations are unrelated to or even opposite what is expected as symptoms such as malaise or fatigue, loss of appetite, signs of dehydration, comorbidity exacerbations, and decreased activities of daily living⁸, which is challenges to treating and diagnosing older adults with sepsis. Implementing preventive steps can lower the risk of sepsis.⁵

Consequently, healthcare personnel need to be aware of the risk factors for sepsis and the importance of infection control. One of the health team members is a professional nurse, who plays an important role in the health team by closely caring for patients. The objective of this academic article on the role of nurses in caring for older adults with sepsis in the intensive care unit will help nurses gain knowledge and understanding of the specifics and complexity of caring for older adults with sepsis and the prevention of sepsis by using the nursing process to assess and screen patients accurately and quickly. To keep patients safe, no serious complications occurred, and they can be safely moved out of the ICU.



Definition of sepsis

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) defines sepsis as the severe reaction of the body to an infection that spreads throughout your body and triggers chain reactions.⁹ In addition, the World Health Organization (WHO) defines sepsis as the body's immune system's response to damage to the tissues and organs within the body.¹⁰

In 2016, a task force from the Society of Critical Care Medicine and the European Society of Intensive Care Medicine developed the sepsis-3 definition of sepsis and septic shock, which work best in the critical care setting³, as follows: Sepsis was defined as life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host systemic inflammatory and immune response to infection.¹ Septic shock is a subset of sepsis in which underlying circulatory and cellular/metabolic abnormalities can be clinically identified as hypotension with no apparent cause or response to inadequate volume by a vasopressor requirement to maintain a mean arterial pressure ≥ 65 mmHg and a serum lactate level > 2 mmol/L (> 18 mg/dL).¹

In conclusion, Sepsis is defined as a serious condition that happens when the body reacts to an infection throughout your body, resulting in a dysregulated host systemic inflammatory and immune response to infection that then causes life-threatening organ dysfunction.

Pathophysiology of sepsis in older patients

Older adults have a specific characteristic of the age-related change in immune systems known as immunosenescence that decreases the immune response, both innate immunity

and adaptive immunity, in T cell count and B cells, and the production of antibodies may increase the older adults' risk of infection.^{4,11} The thymus gland is an extremely important organ in the creation of these various cells that are replaced with adipose tissue as age increases, resulting in a decreased response to antigens and a decrease in the production of CD4+ and CD8+ lymphocytes. A malfunctioning and reducing immune system leads to decrease the activation of interleukin-2 (IL-2), secretion and proliferation effects to activate lymphocytes. In addition, older adults appear to be in a chronic low-grade proinflammatory state, increased concentrations of interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor alpha (TNF-alpha), and C-reactive protein (CRP). Moreover, age-related anatomical decline induces mechanical defense; for example, decreased thyroid function results in decreased thyroid hormones that decrease natural killer cell activity and reduce the function of the respiratory tract; decreased reserve lung capacity; reduced cough reflex to clear bacteria by expectoration; and reduced respiratory muscle endurance. This causes foreign objects to pass escape into the lungs, causing subsequent infection. Therefore, these factors contribute to increasing risk of sepsis in older adults.⁴ When a pathogen enters, the body responds by building up immunity to get rid of germs and foreign substances, which involves the early activation of both pro- and anti-inflammatory responses, resulting in the immune system being stimulated by too much inflammation along with endothelial dysfunction-induced fluid to leak out of the blood vessels, causing low blood



pressure, stimulating blood clotting, and causing platelets blocked capillaries and tissue lack of blood supply, which affects the functioning of organs and leads to multiorgan failure, including kidneys, cardiovascular, gastrointestinal, and central nervous systems.^{1,12}

Risk factors for sepsis in older patients

The causes and risk factors associated with sepsis in older adults include factors that can be modified such as polypharmacy and indwelling medical devices and nonmodifiable such as age, comorbidity, and reduced mobility. The various risk factors are detailed as follows.

1. Age-related change: as a result, the body's various functional systems deteriorate more. The gradual deterioration of the immune system because of aging is known as immunosenescence^{4,5}, with several age-related anatomical and physiological changes in the immune system. These decline the defense mechanism of pathogens entering the body and the excretion of pathogens from the body, such as the decreased function of cilia in the respiratory system that can impair the cough reflex, resulting in sputum retention in the respiratory tract and reduced bladder emptying, causing urinary tract infections, and an increased risk of falls, leading to injury and wounds with the potential to cause infections and sepsis.^{1,5} Moreover, increasing age affects an elevated shock index, which indicates greater severity with sustained inadequate oxygen delivery and left ventricular dysfunction, resulting in systemic manifestations¹³ with dysregulated host

response, the direct effect of infection on the organ, and exacerbation of comorbidity in older adults, associated with sepsis and organ dysfunction.³

2. Comorbidities in older adults such as congestive heart failure, chronic kidney disease, diabetes mellitus, chronic liver failure, chronic obstructive lung disease, malignancies, and chronic infections may increase the risk of infection and also delay sepsis diagnosis.^{4,5}

3. Reduced mobility: this causes decreased muscle mass, which can lead to a reduction in physiologic reserve, resulting in decreased efficiency of the immune system. Poor mobility is also associated with higher risks of developing infections and sepsis, because of poor nutritional status, pneumonia, and skin infections arising from pressure injury.⁵

4. Polypharmacy: this has many side effects, including immunosuppression and reduction in cardiopulmonary responses to infection.⁵

5. Indwelling medical devices: higher incidence of the use of indwelling medical devices in the older population, leaving the older person vulnerable to infections and sepsis.⁵

Presentations of sepsis in older patients

Atypical presentation is a crucial feature of older persons with sepsis. It is known that older patients with sepsis often have non-specific symptoms known as atypical presentations. Atypical presentation is defined as patients with no symptoms or unusual



symptoms that are unrelated to or even opposite what is expected.¹⁴ Atypical presentations include fall, fatigue, agitation, dizziness/fainting/unconsciousness, signs of dehydration, comorbidity exacerbations, loss of appetite/reduced food intake, urine or feces incontinence, decreased walking, decreased activities of daily living.^{8,12} Moreover, the atypical presentation of sepsis seems to be the cause of misdiagnosis, delay in diagnosis, and worse clinical outcome.¹¹

However, some older patients still present typical presentations as well as in adult patients, including fever, tachycardia, tachypnea, hypotension, clammy skin, reduced urine output, altered consciousness level, and response to the locally infected site.^{1,14} Therefore, healthcare personnel must have an in-depth knowledge of the signs and symptoms of older patients with sepsis both typical and atypical presentation to recognize potential sepsis. Noticeably, most older adults with sepsis have a higher severity of illness when admitted to intensive care, which shows symptoms and sign of organ dysfunction including tachypnea, hypoxemia, alteration of conscious, septic shock, platelet count $<150,000/\text{mm}^3$ ^{3,13}

In addition, criteria assess signs of organ dysfunction with laboratory examination by using the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score^{3,15,16} as follow hypotension (mean arterial pressure < 60 mmHg), lactate level greater than 4 mmol/L, urine output <0.5 ml/kg/hr. for >2 hours, despite fluid resuscitation, ALI with PaO₂/FiO₂ <250 in the absence of pneumonia as an infection source, creatinine level >176 mmol/L, bilirubin >34 mmol/L,

platelet count $<100,000/\text{mm}^3$, coagulopathy INR >1.5 .^{15,16} On the other hand, some older adults may be limited in their assessment of organ dysfunction, which is likely due to a dysregulated host response and the exacerbation of comorbidities as a result of a change in SOFA score. Therefore, appropriate diagnosis for older adults should consider that clinical presentation may reflect comorbidities and the evidence of infection and acute organ dysfunctions as well.³ Therefore, critical nurses have an important role in assessing with modern screening tools.

Role of nurse in older adults with sepsis in critical care

Nursing care-led initiatives targeting early identification and sepsis care highlight the important role that nurses play in sepsis care, which requires specific care because of geriatric syndromes and multimorbidity, which adds to the complexity of the intensive care unit.¹⁷ Strategies for implementing Surviving Sepsis Campaign (SSC) guidelines into nursing care¹⁵ can be divided into four main parts: assessment, initial resuscitation, control source, and palliative care, in detail as follows:

1. Prompt identification of sepsis in older adults

1.1 Monitor vital signs for temperature less than 36°C or high temperature (2°C) deviation from baseline in older adults, tachycardia (> 100 beats per minute), respiratory rate of $21-24$ breaths per minute, systolic blood pressure of $91-100$ mmHg, oxygen saturation less than 92% , urine output less than $0.5-1$ mL/kg per hour, and new onset of altered behavior or mental state.⁵



1.2 Assess symptoms and signs of sepsis include both typical presentations such as fever, tachypnea, altered consciousness level, and response to the locally infected site and atypical presentations such as malaise, loss of appetite, dehydration, comorbidity exacerbations, fall, incontinence, and decreased activities of daily living.^{5,8,12} In addition, dermatological signs in older adults with suspected sepsis include a mottled or ashen appearance, cyanosis of the skin, lips, or tongue, a non-blanching rash, and a breach of skin integrity.⁵

1.3 Assess symptoms and signs of organ dysfunction include the presence of hypotension, tachypnea, tachycardia, oliguria, clotting disorders, and hepatic abnormalities.^{9,15}

1.4 Consider implementing a sepsis screening tool like the SOFA score to identify signs of organ dysfunction and mortality.^{1,15,16} If there are ≥ 2 points, notify the physician for timely treatment.

2. Management for initial resuscitation in the critical phase^{5,15,17}

2.1 Administration of oxygen is prescribed to achieve a target saturation greater than 94%. People with chronic lung disease should be considered, with saturations targeted at 88–92% for those at risk of hypercapnic respiratory failure³ for prevent hypoxemic respiratory failure.

2.2 Administration of an appropriate broad-spectrum antibiotic regimen as ordered should be administered as soon as possible after recognition and within one hour for rapid control of the source infection.

2.3 Provide intravenous fluid crystalloids in an initial 500 ml bolus over less than 15 minutes to prevent complications in older adults with renal failure, heart conditions, and pulmonary edema and reevaluate encompasses clinical hydration and circulatory assessment by fluid response testing using dynamic parameters including pulse pressure variation, stroke volume variation, passive leg raising test, end-expiratory occlusion test, and mini fluid challenge test^{3,15} for balanced fluid and to prevent potential harm associated with fluid overload.

2.4 Administration of a vasopressor drug after adequate fluid resuscitation targets an initial goal of MAP ≥ 65 mmHg and MAP of 80–85 mmHg in older adults with hypertension or atherosclerosis for driving pressure to peripheral blood flow and preventing organ hypoperfusion with norepinephrine as the first choice. In addition, in older adults with heart disease required close monitoring of the electrocardiogram (EKG) to reduce the complication of tachycardia and arrhythmia.

2.5 Hemodynamic monitoring continuously, hourly fluid intake and output, and nutritional status to assess physiologic status and detect complications from treatment

3. Management source control¹⁵

3.1 Obtain blood cultures prior to administering antibiotics and consider urine and sputum samples to identify the microorganism responsible for the disease and the site and source of sepsis.

3.2 Monitor blood levels of serum lactate to indicate tissue hypoxia and BUN,



creatinine, WBC, hemoglobin, hematocrit, platelet levels, and coagulation to indicate antibiotic toxicity.

3.3 Provide nursing care using universal precaution techniques to prevent and reduce the spread of infection, such as hand washing, effective use of personal protective equipment (PPE), and environmental cleaning regimes.⁵

3.4 Using an aseptic technique after practicing hand hygiene is necessary and using chlorhexidine gluconate 2% w/v in isopropanol 70% to clean at least 2-3 times at ports of invasive lines.¹⁷

4. Setting goals of care

Some older adults with sepsis have the risk of multiorgan dysfunction, long-term functional sequelae, and death; therefore, they should be integrated into palliative care based on physicians' judgments¹⁵, depending on acute illness, baseline comorbidities, and frailty, along with the multidisciplinary team for evaluation and discussion about defining goals of care and promoting communication¹¹ and understanding between the patient's family and the healthcare team to decrease stress, anxiety,

and depression in the patient's relatives.¹⁵

Notably, age by itself is not a good indicator of palliative care in the intensive care unit; alternative methods for determining the severity of an illness and quantifying risk ought to be verified and applied to inform care-based choices. Furthermore, the healthcare team should avoid discussing withdrawing care early.¹¹

Summary

The critical care nurse's role in caring for older adults with sepsis is important and covers screening, initial resuscitation, control of source infection, and palliative care, including coordination with interdisciplinary teams to promote optimal outcomes. When this group of patients does not receive appropriate care, it results in severe complications, prolonged hospital stays, an inability to fully recover, and mortality. As critical nurses, they must have quick thinking, decision-making skills, and knowledge to reduce the occurrence of such complications, as well as prevent and monitor complications resulting from treatment to keep patients safe and able to move back to the ward.



Reference

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-10. doi:10.1001/jama.2016.0287.
2. Kotfis K, Wittebole X, Jaschinski U, Solé-Violán J, Kashyap R, Leone M, et al. A worldwide perspective of sepsis epidemiology and survival according to age: Observational data from the ICON audit. *J Crit Care*. 2019;51:122-132.
3. Goodacre S, Fuller G, Conroy S, Hendrikse C. Diagnosis and management of sepsis in the older adult. *BMJ*. 2023;382:e075585. doi: 10.1136/bmj-2023-075585. PMID: 37451817.
4. Kingren MS, Starr ME, Saito H. Divergent sepsis pathophysiology in older adults. *Antioxid Redox Signal*. 2021;35(16):1358-75. doi:10.1089/ars.2021.0056.
5. Conner T, Thompson J, Tiplady S. Sepsis in the older person. *NRC*. 2021;23(8):1-7. doi: 10.12968/nrec. 2021.23.8.3.
6. Wan MS, Mat NM, Md RA. Sepsis and its impact on outcomes in elderly patients admitted to a Malaysian intensive care unit. *Malays J Med Sci*. 2022 Jun;29(3): 145-150. doi: 10.21315/mjms2022.29.3.14.
7. Nieves AU, Love PJ, Estey AJ. Improving the Accuracy of Sepsis Screening by Nurses in Hospitalized Older Adults: A Pilot Interventional Study. *J Gerontol Nurs*. 2021 Jun;47(6):27-34. doi: 10.3928/00989134-20210510-01.
8. Singjan N, Sutti N, Monkong S. Perceptions of relatives about symptoms and signs in older adults with sepsis: A cross-sectional study. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2023;27(3):431-444
9. Centers for Disease Control and Prevention. What is sepsis? [Internet]; 2021 [cited 2023 October]. Available from: <https://www.cdc.gov/sepsis/what-is-sepsis.html>.
10. World Health Organization. Sepsis [Internet]; 2023 [cited 2024 March]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>
11. Brunner LB, Boncyk CS, Rengel KF, Hughes CG. Elderly patients and management in intensive Care Units (ICU): Clinical Challenges. *Clin Interv Aging*. 2023;18:93-112.
12. Yoshikawa TT, Reyes BJ, Ouslander JG. Sepsis in older adults in long-term care facilities: challenges in diagnosis and management. *J Am Geriatr Soc*. 2019; 67(11):2234-39. doi: 10.1111/jgs.16194. Epub 2019 Oct 16. PMID: 31617944.
13. Bunyaphatkun P, Sindhu S, Davidson PM, Utriyaprasit K, Viwatwongkasem C, Chartbunchachai W. Factors influencing clinical deterioration in persons with sepsis. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2017; 21(2):135-47.
14. Limpawattana P, Phungoen P, Mitsungnern T, Laosuangkoon W, Tansangworn N. Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;62:97-102. doi: 10.1016/j.archger.2015.08.016.



15. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47(11):1181-247. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y.
16. Dugar S, Choudhary C, Duggal A. Sepsis and septic shock: Guideline-based management. *Cleve Clin J Med.* 2020;87(1):53-64. doi: 10.3949/ccjm.87a.18143.
17. Belleza M. Sepsis and Septic Shock [Internet]. 2023 [cited 2023 November]. Available from: <https://nurseslabs.com/sepsis-and-septic-shock/>



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข่จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ปริยาภรณ์ หงส์พิมลมาศ* สุรีพร ธนศิลป์** และ นพมาศ พัดทอง***
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะไข่จากเม็ดเลือดขาวต่ำ และความสัมพันธ์ของอายุ เพศ ระดับอัลบูมิน (Albumin) ในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ชนิดของโรค ระยะของโรคมะเร็ง จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด โรคร่วม และกิจกรรมทางกาย กับภาวะไข่จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโลหิตวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ 1.0 เท่ากัน และตรวจสอบความเที่ยงได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ ผลการศึกษา: พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดภาวะไข่จากเม็ดเลือดขาวต่ำร้อยละ 34.2 ส่วนใหญ่เกิดในครั้งแรกของการได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 48.7 และเกิดภาวะไข่จากเม็ดเลือดขาวต่ำเพียง 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84.6 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเกิดภาวะไข่จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากขึ้น ได้แก่ เพศหญิง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ (<3.5 g/dL) เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองระยะแพร่กระจาย จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการมีโรคร่วม (OR=5.43, 1.68, 4.76, 1.62, 1.83, 2.33 ตามลำดับ $p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะไข่จากเม็ดเลือดขาวต่ำลดลง คือ กิจกรรมทางกาย (OR= 0.58, $p < .05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข่จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองและชนิดของโรคมะเร็ง (OR=0.62, 1.15 ตามลำดับ $p > .05$)

คำสำคัญ: ไข่จากเม็ดเลือดขาวต่ำ, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง, ยาเคมีบำบัด

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(1) : 11-25

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

** รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสมาชิกหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม)



Selected Factors Related to Febrile Neutropenia of Lymphoma Patients Undergoing Chemotherapy

Preeyaporn Hongpimolmas* Sureeporn Thanasilp** and Noppamat Pudtong***

Abstract

Purpose: To examine the occurrence of febrile neutropenia and to study the relationship between Age, Gender, Albumin, Type of lymphoma, Stage of cancer, Number of chemotherapy sessions, Comorbidities, Self-care Behavior, Physical activity and Febrile neutropenia in lymphoma patients who received chemotherapy.

Design: Descriptive Research

Methods: The study sample consisted of 114 individuals with lymphoma who received services at the Hematology outpatient department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. The research tools used included personal data questionnaires, self-care behavior, and physical activity questionnaires. The content validity was checked to be equal to 1.0 and the reliability was checked and Cronbach's alpha coefficients were 0.76 and 0.72, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

Results: The research findings revealed that 34.2% of individuals with lymphoma receiving chemotherapy experienced Febrile neutropenia (FN), with the majority occurring during the first round of chemotherapy (48.7%) and febrile neutropenia occurring only once, accounting for 84.6%. Factors associated with the occurrence of febrile neutropenia included being female, age 60 or older, low levels of blood albumin (< 3.5 g/dL), advanced stage of cancer, the number of chemotherapy cycles, and the presence of comorbidities (OR=5.43, 1.68, 4.76, 1.62, 1.83, 2.33 respectively, $p<.05$). On the other hand, factors associated with a decreased risk of Febrile neutropenia included physical activity (OR=0.58, $p<.05$). Factors unrelated to febrile neutropenia included self-care behavior and cancer type (OR=0.62, 1.15 respectively, $p>.05$).

Keywords: Febrile neutropenia, Lymphoma, Chemotherapy

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(1) : 11-25

Article info: received November 9, 2023; revised March 10, 2024; accepted April 3, 2024

* Register Nurse, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

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

*** Corresponding Author, Assistance Professor, Member of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research CO-Advisor.

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



บทนำ

โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นโรคในระบบโลหิตวิทยาเป็นชนิดที่พบมากในไทยและต่างประเทศ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์เกิดมะเร็งต่อมน้ำเหลืองทุกช่วงอายุโดยพบในทวีปเอเชียพบมากที่สุด พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และในประเทศไทยพบ 10 คนต่อ 1 แสนคนต่อปี ผู้ป่วยรายใหม่พบราวปีละ 3,000 คน หรือเทียบเท่า 8 คนต่อวัน โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแบ่งเป็น 2 ชนิดได้แก่ non-Hodgkin Lymphoma (NHL) และ Hodgkin Lymphoma (HD) พบชนิด NHL มากที่สุด

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีหลายวิธี การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักเนื่องจากให้ผลตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ โดยเฉพาะการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การรักษา เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทำให้ต้องเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดออกไป ต้องลดขนาดของยาเคมีบำบัด และลดประสิทธิผลของยาเคมีบำบัด เพิ่มการใช้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น และอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น¹

ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia: FN) ตามน่านิยามของ Infection Diseases Society of America: IDSA 2010 หมายถึง ภาวะไข้ที่เกิดขึ้นโดยวัดอุณหภูมิของร่างกายทางปากได้ $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ หรือ วัดอุณหภูมิกายใต้ $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ชั่วโมง โดยมีภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำค่าสัมบูรณ์ของนิวโทรฟิล (absolute neutrophil count: ANC) $< 500 \text{ cells/mm}^2$ หรือมีค่า ANC $< 1,000 \text{ cells/mm}^3$ โดยมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่า 500 cells/mm^2 ใน 48 ชั่วโมง³

ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด³ ถึงร้อยละ 80 ในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา พบได้ทั้งในมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodgkin's lymphoma และชนิด Hodgkin's disease ซึ่งภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำจะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 7-14 วัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยถึง 8.4 วัน และมีอัตราการตายในโรงพยาบาลจากภาวะดังกล่าวถึงร้อยละ 8.1³

จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศและประเทศไทยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีหลายปัจจัย⁴ ดังนี้ 1) อายุ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความเสี่ยงมากกว่าคนอายุน้อยกว่า^{5,6} 2) เพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย^{7,8} 3) ระดับ Albumin $< 3.5\text{g/dl}$ เป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ⁹ และสามารถทำนายการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากสาเหตุภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (OR; 2.625; 95% CI, 1.271 to 5.421; $p = 0.009$) 4) ชนิดของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พบการเกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Connors and Jurczak (2018)¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Hodgkin's Lymphoma เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 21 5) ระยะของโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายหรือมีการแพร่กระจายไปที่ไขกระดูกเป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ¹¹ 6) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองน้อยมีแนวโน้มของการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี¹² ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและยังพบว่าการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองยังไม่มากจึงคัดเลือกปัจจัยนี้มาศึกษา และพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด 7) จำนวนครั้ง



ที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ พบว่า การเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ จะพบได้มากในครั้งแรกของการรับยาเคมีบำบัด¹³ 8) โรคร่วม ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการมีโรคร่วมเสี่ยงต่อภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ¹⁴ 9) กิจกรรมทางกายที่มากขึ้นจะเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน และเพิ่มการเคลื่อนที่ของนิวโทรฟิลไปยังบริเวณที่มีการติดเชื้อในร่างกาย (neutrophil migration) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของความแม่นยำและความเร็วของนิวโทรฟิล ดังนั้นกิจกรรมทางกายจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการภาวะไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ อีกทั้งพยาบาลยังต้องมีส่วนร่วมในการบริหารยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว ตลอดจนให้ความรู้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัว แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และยาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดขาวรวมถึงให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อลดการติดเชื้อ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile neutropenia อย่างไรก็ตาม ปัญหาภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนั้นยังคงพบอยู่ในระดับสูง แม้จะมีแนวทางการป้องกันภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ การให้คำแนะนำต่าง ๆ รวมถึงมียาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดขาวใช้ในการป้องกัน ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ทั้งนี้การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในต่างประเทศนั้นมีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม และบริบท เมื่อเปรียบเทียบกับสังคมไทย อีกทั้งการศึกษาทั้งในและต่างประเทศอาจมีข้อจำกัดในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมไปถึงการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือด

ขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วย อายุ เพศ ระดับ Albumin ในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ชนิดของโรค ระยะของโรคมะเร็ง จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด โรคร่วม และกิจกรรมทางกาย กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกัน การเกิดไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับ Albumin ในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ชนิดของโรค ระยะของโรคมะเร็ง จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด โรคร่วม และกิจกรรมทางกายกับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ เพศ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ระดับ Albumin ในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง กิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด

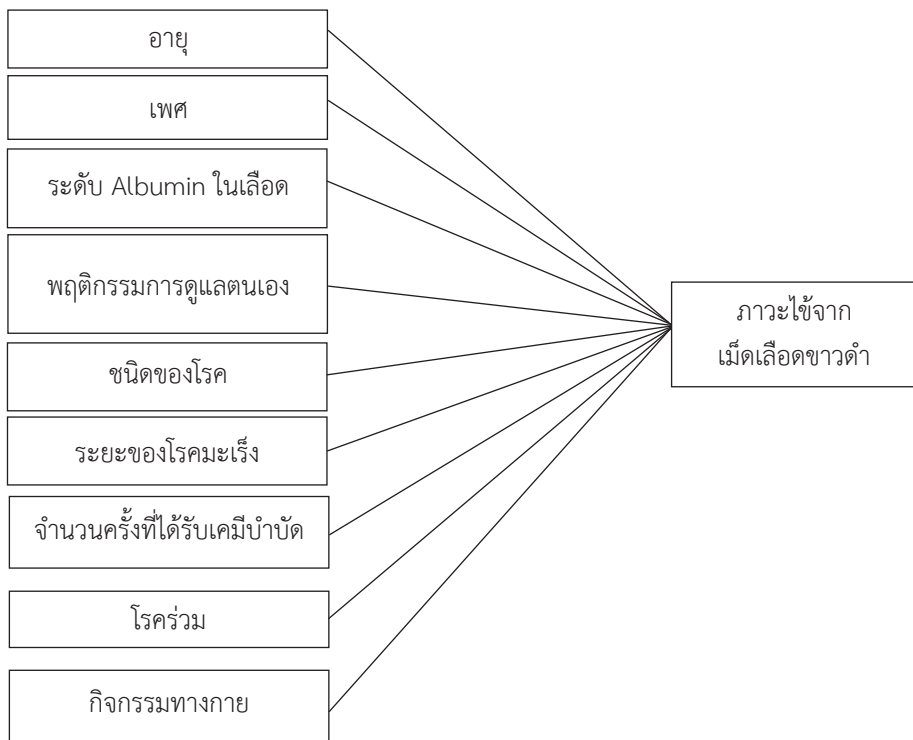
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้สังเคราะห์จากกรอบทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมี



บำบัด และได้เลือกปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ Albumin ในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ชนิดของโรค ระยะของโรคมะเร็ง จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรคร่วม และกิจกรรมทางกาย มาเป็นปัจจัย

คัดสรรหาความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

1. ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดมีค่าอุณหภูมิทางปาก ≥ 38.3 องศาเซลเซียส หรือมีอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ร่วมกับมีปริมาณ Absolute neutrophil count: ANC ในกระแสเลือดน้อยกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. หรือมีค่า ANC < 1000 เซลล์/ลบ.มม. มีแนวโน้มที่จะมีการลดลงน้อยกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. ภายใน 48 ชั่วโมง ข้อมูลส่วนนี้ได้จากบันทึกทางการแพทย์ในเวชระเบียนของผู้ป่วย และในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. ระดับ Albumin ในเลือด หมายถึง ค่าของโปรตีนซึ่งอยู่ในกระแสเลือดของผู้ป่วยมะเร็ง

ต่อมน้ำเหลือง โดยอัลบูมินเป็นตัวบ่งชี้ภาวะทุพโภชนาการ และภาวะอักเสบเรื้อรังของร่างกาย ระดับ albumin ≥ 3.5 g/dl อยู่ในเกณฑ์ปกติ, albumin < 3.5 g/dl เป็นระดับที่ต่ำกว่าค่าปกติ ข้อมูลส่วนนี้ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี รวมไปถึงการป้องกันการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) การดูแลตนเองตามพัฒนาการ 3) การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง



มะเร็งเลือดขาวซึ่งพัฒนาโดย พิจิตรา เล็กดำรงกุล (2552)¹² ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของโอเร็ม การแปลผลคะแนนมาก หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

4. ชนิดของโรคมะเร็ง หมายถึง การจำแนกชนิดของมะเร็งต่อมน้ำเหลือง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน (Hodgkin lymphoma) 2. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน (Non-Hodgkin lymphoma) ประเมินจากการบันทึกข้อมูลของแพทย์ระบุในเวชระเบียน

5. ระยะของโรค หมายถึง ตัวเลขที่ระบุความรุนแรงเกี่ยวกับรอยโรคหรือลักษณะการแพร่กระจายของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ โดยระยะของโรค 1-4 ระยะนั้นประเมินได้จากการบันทึกข้อมูลของแพทย์ ซึ่งระบุในเวชระเบียนของผู้ป่วย

6. จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง ตัวเลขที่ระบุจำนวนครั้งของการมารับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ประเมินได้จากการบันทึกข้อมูลของแพทย์ระบุในเวชระเบียน

7. โรคร่วม หมายถึง การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเกิดขึ้นก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ข้อมูลได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย สามารถประเมินโรคร่วม ได้แก่ มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม

8. กิจกรรมทางกาย หมายถึง กิจกรรมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ดำเนินกิจกรรมประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน ทำสวน การเดิน ขึ้นบันได การเดิน การซักรีด รวมทั้งการเคลื่อนไหวร่างกายจากการทำท่าประกอบอาชีพและการทำกิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรก เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา เป็นการประกอบกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากและออกแรงปานกลาง โดยใช้แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (2554)¹⁵

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโลหิตวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมีค่า OR อยู่ในช่วงค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลาง ซึ่งได้จากการเทียบเคียงตารางค่า OR กับ ค่า Cohen's d (Chen et al.,2010) กำหนดให้อำนาจทดสอบ = 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 นำข้อมูลมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Analysis Version 3.1.9.4 ในโปรแกรมใช้อ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลาง = 0.15 ได้กลุ่มตัวอย่าง = 114 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปต้องผ่านเกณฑ์การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) โดยการแปลผลตามจุดตัดคะแนน (Cut-off point) ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก) มีคะแนนรวมมากกว่า 14 เต็ม 23 คะแนน

2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวม มากกว่า 17 เต็ม 30 คะแนน



3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษา มีคะแนนรวมมากกว่า 22 เต็ม 30 คะแนน จากการแปลผลตามจุดตัดคะแนน (Cut-off point) ข้างต้นนั้น ผู้สูงอายุต้องผ่านเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งขึ้นกับ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุจึงถือว่าผ่านเกณฑ์การคัดเลือก เข้าศึกษา

2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองทั้งชนิด non-Hodgkin Lymphoma (NHL) และ Hodgkin Lymphoma (HD)

3. ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ไม่รวมกับการฉายแสง

4. มีผลเลือด CBC, Albumin

5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้

6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม ข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของยาเคมีบำบัด ผลเลือด CBC, Albumin โดยเลือกใช้ระดับ Albumin ในครั้งที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่ามีภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ และ ประวัติการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำของผู้ป่วย มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของ พิจิตรา เล็กดำรงกุล (2552)¹² มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ คำถามครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตาม

พัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงบนด้านสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นอย่างสม่ำเสมอทุกวัน **ปฏิบัติเป็นบางครั้ง** หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป แต่ไม่เกิน 6 วัน ใน 1 สัปดาห์ **ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง** หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นไม่เกิน 2 วัน ใน 1 สัปดาห์ **ไม่ปฏิบัติ** หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย **การแปลผล** คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองดี, คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 80 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี แบบสอบถามหาค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.76

3) แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ) ฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554¹⁵ เป็นชุดคำถาม 16 ข้อ สอบถามการมีกิจกรรมทางกายในแต่ละระดับ โดยลักษณะคำตอบเป็น ใช่ หรือ ไม่ใช่ หากตอบว่าใช่ ให้ระบุจำนวนวันในสัปดาห์ จำนวนชั่วโมง และนาทีในแต่ละวันที่มีกิจกรรมทางกายระดับหนัก และระดับปานกลางครอบคลุมกิจกรรมทางกาย 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) กิจกรรมการทำงาน 2) กิจกรรมในการเดินทาง จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง 3) กิจกรรมยามว่าง และแบบสอบถามพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary) การแปลผลของกิจกรรมทางกาย สามารถแปลได้จากการแบ่งระดับค่าพลังงานของการมีกิจกรรมทางกายเป็น 2 ระดับ ดังนี้ กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ หมายถึง การมีกิจกรรม



ทางกายที่คำนวณการใช้พลังงานตั้งแต่ 600 MET-minutes ต่อสัปดาห์ขึ้นไป และกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายที่คำนวณการใช้พลังงานได้น้อยกว่า 600 MET-minutes ต่อสัปดาห์ พิจารณาจากปริมาณพลังงาน ความหนักเบาของกิจกรรม และความถี่ (WHO, 2008) ดังนี้ ระดับสูง (High intensity) ใช้พลังงานได้น้อยกว่า 600 MET-minutes ต่อสัปดาห์, ระดับปานกลาง (Moderate intensity) total MET \geq 600 นาที/สัปดาห์ และระดับน้อย (Low intensity) total MET น้อยกว่า 600 นาที/สัปดาห์ ค่าความคาดหวังความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.72

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลขที่ COA No.1569/2022 IRB No. 0565/65 ลงวันที่รับรอง 14 พฤศจิกายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองหลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (random sampling) เพื่อให้ได้วันที่จะเก็บและลำดับของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองตามรายชื่อที่มินัดเข้ารับบริการในคลินิกโลหิตวิทยา โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ คลินิกโลหิตวิทยา ภูมิภาคชั้น 1 โซน C ในช่วงเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือด และอยู่ในระหว่างที่รอเข้าพบแพทย์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิและขอความยินยอมโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คำนวณจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล อายุ เพศ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค ระดับ Albumin พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด โรคร่วมกิจกรรมทางกาย และภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค โรคร่วม กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ และตัวแปรต้นที่เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง ได้แก่ จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อายุ ระดับ Albumin พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ กิจกรรมทางกาย กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ adjusted odds ratio หรือ OR โดยใช้สถิติ Binary logistic regression และ 95% confidence interval (CI) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวนทั้งสิ้น 114 คน มีอายุตั้งแต่ 20-90 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 62.3, Mean = 60.9, S.D. = 17.1) เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 57.99) ไม่มีโรคร่วมและมีโรคร่วมใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.9, 49.1 ตามลำดับ) พบโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง Non-Hodgkin lymphoma มากที่สุด (ร้อยละ 85.1) จำแนกเป็นชนิดย่อยที่พบมาก สามอันดับแรก ได้แก่ Diffuse Large B-cell Lymphoma (DLBCL), Follicular Lymphoma (FL), และ Hodgkin Lymphoma (HL) (ร้อยละ 44.7, 15.8 และ 8.8 ตามลำดับ) อยู่ในระยะที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 63.2) ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 35.1) สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับมากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ R-CHOP, R-BENDA, ABVD (ร้อยละ 36.0, 23.7 และ 7.0 ตามลำดับ) มีระดับ Albumin ในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 (ร้อยละ 74.6)



ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) ทั้งสิ้น 39 ราย (ร้อยละ 34.2) ส่วนใหญ่เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 84.6) โดยพบว่า ครั้งที่ 1 ของการได้รับยาเคมีบำบัดที่เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 48.7) ดังแสดงตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง และกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 113 ราย (ร้อยละ 99.1) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดี (Mean = 102.65, S.D. = 5.15) ในขณะที่ส่วนใหญ่ มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 589, S.D. = 729.75)

ตารางที่ 1 แสดงภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด (n=114)

ข้อมูลภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (FN)		
ไม่เกิด	75	65.8
เกิด	39	34.2
จำนวนครั้งที่เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ		
เกิด FN 1 ครั้ง	33	84.6
เกิด FN 2 ครั้ง	6	15.4
ครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัดที่เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ		
ครั้งที่ 1	19	48.7
ครั้งที่ 2	6	15.4
ครั้งที่ 3	2	5.1
ครั้งที่ 4	3	7.7
ครั้งที่ 5	3	7.7
ครั้งที่ 6	2	5.1
ครั้งที่ 1 และ 5	1	2.6
ครั้งที่ 2 และ 3	2	5.1
ครั้งที่ 4 และ 6	1	2.6



ส่วนที่ 4 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพศหญิงเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 24.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ มากกว่ากลุ่มอายุน้อย ร้อยละ 61.5 ระดับ Albumin ในเลือด < 3.5 g/dL เกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 23.7 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ Albumin ในเลือดปกติ

โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมดูแลตนเอง ระดับดีเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 33.3 ในรายที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองปานกลางมีจำนวน 1 ราย เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9

ด้านกิจกรรมทางกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ มากกว่ากลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 22.8 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายระดับต่ำเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 9.6

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodgkin lymphoma เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 29.8

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีระยะโรคที่ 4 เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 24.6

จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 4 ครั้ง เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำบ่อยที่สุด ร้อยละ 15.8

กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากที่สุดร้อยละ 18.4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีดังนี้ ระดับ Albumin ในเลือด เพศ อายุ กิจกรรมทางกาย ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และโรคร่วม

ส่วนปัจจัยคัดสรรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และชนิดของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ดังแสดงรายละเอียดความสัมพันธ์ในตารางที่ 2

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (ร้อยละ 34.2) โดยส่วนใหญ่จะมีภาวะไข้เพียงแค่ 1 ครั้ง (ร้อยละ 84.6) สำหรับการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำพบมากที่สุดในการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก (ร้อยละ 48.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirichantharawat C, Pathnapalagons R., (2021)¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด 135 ราย พบภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 32.6 ซึ่งใกล้เคียงกัน และจากการวิจัยในครั้งนี้พบผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร R-CHOP มากที่สุด 41 ราย ได้รับยาสูตร R-Benda, สูตร ABVD, สูตร BEACOPD, สูตร R-ESHAP ซึ่งตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในกลุ่ม 10-20% และ > 20%

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า

1. ระดับ Albumin ในเลือด พบว่า ระดับ Albumin ในเลือดมีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำโดยระดับ Albumin ในเลือดต่ำ (< 3.5 g/dL) จะเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากขึ้นเป็น 5 เท่าของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีระดับ Albumin ในเลือดปกติ (≥ 3.5 g/dL) (OR=4.76, 95%CI=3.971-70.112) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า เมื่อร่างกายมีการติดเชื้อหรือมีการอักเสบการสร้างอัลบูมิน จะถูกยับยั้งส่งผลให้ระดับอัลบูมินในกระแสเลือดลดลง



ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด (n=114)

ตัวแปร	Odd Ratio	95% CI for β	
		Lower	Upper
เพศ			
เพศหญิง (ref, ชาย)	5.43*	1.810	16.480
อายุ			
วัยสูงอายุ (> 60 ปี) (ref, 18-59 ปี)	1.68*	1.173	2.659
ระดับ Albumin ในเลือด			
ระดับ Albumin ต่ำ < 3.5 g/dL (ref, ระดับ Albumin ปกติ ≥ 3.5 g/dL)	4.76*	3.971	70.112
พฤติกรรมกรดูแลตนเอง	0.62	0.040	27.296
กิจกรรมทางกาย	0.58*	0.964	3.582
ชนิดของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง			
มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non- HL (ref, มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดHL)	1.15	0.154	7.987
ระยะของโรค			
ระยะลุกลาม (ref, ระยะเริ่มต้น)	1.62*	0.225	23.517
จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	1.83*	1.203	2.794
โรคร่วม			
มีโรคร่วม (ref, ไม่มีโรคร่วม)	2.33*	0.745	8.613

*p<0.05, Nagelkerke $R^2 = .75$



และระดับอัลบูมินในเลือดยังเป็นพารามิเตอร์ที่ใช้ในการพยากรณ์โรคมะเร็งที่แย่งง อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำสูง ส่งผลกระทบทางลบต่อการเสียชีวิตจากภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ สอดคล้องกับการศึกษา Sütçüoğlu et al., (2021)¹⁷ พบว่า ระดับ Albumin ต่ำมีความสัมพันธ์ต่อการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีในผู้ป่วยที่มีภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ และระดับ Albumin ที่ต่ำยังมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์เกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำสูง

2. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำโดยเพศหญิงมีโอกาสเกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ 5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย (OR=5.43, 95%CI = 1.810-16.480) อธิบายได้ว่า ความต่างของเพศมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยโครโมโซม X จะประกอบด้วย microRNAs (miRNAs) ไม่พบในโครโมโซม Y ซึ่ง miRNAs มีความสำคัญในการควบคุมการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะเมื่อร่างกายมีภาวะอักเสบ และ miRNAs ที่อยู่กับโครโมโซม X นั้นอาจถูกรบกวนการทำงานนำไปสู่การเกิดความผิดปกติต่อการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะในเพศหญิง ในเพศหญิงพบว่า การกำจัดยาของร่างกายในเพศหญิงช้ากว่าเพศชาย ด้วยเหตุผลจากการเผาผลาญที่ช้าลง การขับยาออกช้าลง โดยเฉพาะในด้านเภสัชจลนศาสตร์ ยกตัวอย่าง ยาเคมีบำบัด doxorubicin ซึ่งเป็นยาที่ใช้เป็นส่วนใหญ่ และประกอบอยู่เกือบทุกสูตรยาเคมีบำบัด ซึ่งใช้รักษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Lyman et al., (2014)⁷ ผลการวิจัยพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด NHL เพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ และสัมพันธ์กับการนอนในโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย

3. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำโดยผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากกว่าเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุ 18-59 ปี

(OR = 1.68, 95% CI = 1.173-2.659) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันลดลง (immunosenescence) การทำงานกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yong Won Choi et al., (2014)⁸ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมน้ำเหลืองที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ

4. กิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ กล่าวได้ว่า การมีกิจกรรมทางกายมากจะเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ น้อยกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยเป็น 1 เท่า (OR = 0.56, 95% CI = 0.964-3.582) เมื่อร่างกายมีกิจกรรมทางกายจะกระตุ้นเส้นใยกล้ามเนื้อให้มีการปลดปล่อยแคลเซียม เพิ่มการสังเคราะห์ proinflammatory cytokines ซึ่งเป็น cytokines ที่จะหลั่งออกมาเมื่อมีภาวะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน หรือมีภาวะติดเชื้อ proinflammatory cytokines มีส่วนในการดึง neutrophil เข้ามาในตำแหน่งของการติดเชื้อ เมื่อมีกิจกรรมทางกายจะกระตุ้นให้ไขกระดูกปล่อยเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมาเพิ่มขึ้น¹⁸

5. ระยะของโรค มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้โดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะของโรคในระยะเริ่มต้นเป็น 2 เท่า (OR = 1.62, 95% CI = 0.225-23.517) สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi et al., (2014)⁸ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Diffuse Large B-Cell ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาเคมีบำบัด Rituximab-CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine และ prednisone) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ระยะแพร่กระจายของโรคไปที่ไขกระดูกมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ

6. จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ กล่าวคือผู้ป่วยที่



ได้รับยาเคมีบำบัดหลายครั้งจะเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำได้มากขึ้น เป็น 2 เท่า (OR = 1.83, 95% CI = 1.203-2.794) สอดคล้องกับการศึกษาของ Crawford et al., (2008)⁶ พบว่า จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด และการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำมากที่สุด

7. โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ และผู้ที่มีโรคร่วมจะเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคร่วม (OR = 2.33, 95% C.I.=0.745-8.613) สอดคล้องกับการศึกษาของ Moreau et al., (2009)¹¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับมีโรคร่วมเพิ่มโอกาสเกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ

8. พฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี 113 ราย (ร้อยละ 99.1) แสดงว่าการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำนั้นมักมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องแม้ว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีแล้วก็ตาม

9. ชนิดของโรคมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ เนื่องจากภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำนั้นปัจจัยในด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลให้เกิดนอกเหนือจากชนิดของโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำได้ คือ ระดับ Albumin ในเลือด ดังนั้นพยาบาลควรเพิ่มบทบาทการให้ความรู้เพิ่มความตระหนักในการรับประทานอาหารที่มีพลังงานเพียงพอ และเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันแก่ร่างกาย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยซึ่งบางครั้งข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน เนื่องด้วยเมื่อผู้ป่วยมีภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาหรือโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านโดยเร็ว ทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนานขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ เช่น เพศ อายุ ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรคร่วม ระดับ Albumin ในเลือด เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการทำนายภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ และพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดในอนาคตสืบต่อไป



References

1. Krell D, Jones AL. Impact of effective prevention and management of febrile neutropenia. *Br J Cancer*. 2009;101 Suppl 1:S23-6. doi: 10.1038/sj.bjc.6605273. Cited in: PubMed; PMID: 19756004; PMCID: PMC2752228.
2. De Naurois J, Novitzky-Basso I, Gill M, Marti FM, Cullen M, Roila F. Management of febrile neutropenia: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol*. 2010;21:V252-6.
3. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, Mullen CA, et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the infectious Diseases society of America. *Clin Infect Dis*. 2011;52(4):E56-93. doi: 10.1093/cid/cir073. Cited in: PubMed; PMID: 21258094.
4. Siriso J, Thanasilp S, and Pudtong N. Selected Factors Related to the Quality of Death of Persons with Terminal Cancer as Perceived by Family Caregivers. *J Nursing Science Chulalongkorn University*. 2017;29(2):112-123.
5. Puchisathian J, Rojnuckarin P. High incidence of febrile neutropenia in Non-Hodgkin Lymphoma patients receiving CHOP chemotherapy despite G-CSF prophylaxis. *J Hematol Transfus Med*. 2017;27(1):45-55.
6. Crawford J, Becker PS, Armitage JO, Blayney DW, Chavez J, Curtin P, et al. Myeloid growth factors, version 2.2017, NCCN clinical practice guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2017;15(12):1520-41. Epub 2013 Jul 2. doi: 10.1177/1078155213492450. Cited in: PubMed; PMID: 23824496.
7. Lyman GH, Abella E, Pettengell R. Risk factors for febrile neutropenia among patients with cancer receiving chemotherapy: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2014;90(3):190-9. Epub 2013 Jul 2. doi: 10.1177/1078155213492450. Cited in: PubMed; PMID: 23824496.
8. Choi YW, Jeong SH, Ahn MS, Lee HW, Kang SY, Choi J-H, et al. Patterns of neutropenia and risk factors for febrile neutropenia of diffuse large B-Cell Lymphoma patients treated with Rituximab-CHOP. *J Korean Med Sci*. 2014;29(11):1493-500.
9. Kim YR, Kim SJ, Park Y, Oh SY, Yun HJ, Mun YC, et al. Risk factors for neutropenic fever in non-Hodgkin's lymphoma patients with primary granulocyte colony-stimulating factor prophylaxis. *Korean J Intern Med*. 2021;36(5):1181-9. Epub 2021 Jul 16. doi: 10.3904/kjim.2020.206. Cited in: PubMed; PMID: 34265889; PMCID: PMC8435507.
10. Connors JM, Jurczak W, Straus DJ, Ansell SM, Kim WS, Gallamini A, et al. Brentuximab vedotin with chemotherapy for stage III or IV Hodgkin's Lymphoma. *N Engl J Med*. 2018;378(4):331-44.
11. Moreau M, Klastersky J, Schwarzbald A, Muanza F, Georgala A, Aoun M, et al. A general chemotherapy myelotoxicity score to predict febrile neutropenia in



- hematological malignancies. *Annals of Oncology*. 2009;20(3):513-9. Epub 2009 Jan 12. doi: 10.1093/annonc/mdn655. Cited in: PubMed; PMID: 19139177.
12. Lekdamrongkul P. Factors associated with febrile neutropenia in acute leukemic patients receiving chemotherapy. [Thesis]. Mahidol University; 2009. (In Thai)
13. Yokoyama M, Kusano Y, Nishihara A, Inoue N, Nishimura N, Mishima Y, et al. Incidence and risk factors for febrile neutropenia in Japanese patients with non-Hodgkin B cell lymphoma receiving R-CHOP: 2-year experience in a single center (STOP FN in NHL 2). *Support Care Cancer*. 2020;28(2):571-9. Epub 2010 Nov 20. doi: 10.1016/j.ejca.2010.10.013. Cited in: PubMed; PMID: 21095116.
14. Salar A, Haioun C, Rossi FG, Duehrsen U, Pettengell R, Johnsen HE, et al. The need for improved neutropenia risk assessment in DLBCL patients receiving R-CHOP-21: Findings from clinical practice. *Leuk Res*. 2012;36(5):548-53. Epub 2012 Mar 3. doi: 10.1016/j.leukres.2012.02.002. Cited in: PubMed; PMID: 22385870.
15. Thai Health Promotion Foundation (Thai Health Promotion Foundation), Department of Health, Ministry of Public Health. Physical activity promotion plan (B.E 2561-2573) [Internet]; 2017 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/17077>
16. Sirichantharawat C, Pathnapalagons R. Risk factors of febrile neutropenia in patients with Lymphoma receiving chemotherapy. *Health science clinical research*. 2021; 36(1):74-83.
17. Sütçüoğlu O, Akdoğan O, Gürler F, Kurt İnci B, Özdemir N, Özet A, Yazıcı O. The role of serum albumin/globulin ratio in combination with prognostic risk indexes of febrile neutropenia. *Int J Clin Pract*. 2021 Jul;75(7):e14185. Epub 2021 Apr 5. doi: 10.1111/ijcp.14185. Cited in: PubMed; PMID: 33783936.
18. Lavie CJ, Lee DC, Sui X, Arena R, O'Keefe JH, Church TS, Milani RV, Blair SN. Effects of running on chronic diseases and cardiovascular and all-cause mortality. *Mayo Clin Proc*. 2015 Nov;90(11):1541-52. Epub 2015 Sep 8. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.001. Cited in: PubMed; PMID: 26362561.



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในแผนกฉุกเฉิน

สุภาวดี แก้วสินธุ์* และ ศิริพันธ์ สาส์ตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุทุกประเภทในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข และในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้ ใช้แบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผ่านการตรวจสอบการหาค่าความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันและแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีความเที่ยงเท่ากับ .83 และ .79 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลขและแบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยวิธีการวัดซ้ำ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .77 และ .97 ตามลำดับ

ผลการศึกษา: 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 34 คน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 220 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 2) ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ระดับความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซีมเคร้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.277, 10.020, r_{pb} = .216, \chi^2 = 9.000, 9.568, 3.874$ ตามลำดับ) 3) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (AOR=7.25, 95% CI : 1.681-31.276) ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (AOR=4.74, 95% CI : 1.540-14.579) ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน (AOR=6.67, 95% CI : 2.300-19.337) ภาวะเลือดออกในสมอง (AOR=14.72, 95% CI : 2.637-82.151) และภาวะซีมเคร้า (AOR=6.96, 95% CI : 1.274-37.998) โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 37 (Nagelkerke $R^2 = .370, p < .05$)

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมให้การพยาบาล เฝ้าระวัง และป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

คำสำคัญ: ภาวะสับสนเฉียบพลัน/ แผนกฉุกเฉิน/ ผู้สูงอายุ

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(1) : 26-38

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: koy-supawadee@hotmail.com



Predictive Factors of Delirium in Older Persons at Emergency Department

Supawadee Keawsin* and Siriphun Sasat**

Abstract

Purpose: to study predictive factors related to delirium in older persons at emergency department

Design: Prospective descriptive predictive research

Methods: Data were collected from 220 older persons. Who were according to the specified qualifications. Research instruments were demographic questionnaires, 4 A's Test for Delirium Screening: 4AT, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE, Numeric rating scale: NRS. And Pain assessment in advanced dementia, PAINAD. Which were tested for reliability. Cronbach's alpha coefficient was .83, .79 respectively. test-retest procedure reliability was .77, .97 respectively. Data were analyzed using binary logistic regression.

Results: The finding revealed that 1) delirium in older persons at emergency department are 34 people from the total sample size of 220 people. Representing 15.45 percent 2) Cognitive impairment, history of stroke, emergency department length of stay, pain, intracranial hemorrhage, and depression were significantly positive correlated with delirium in older persons at emergency department at level of .05 ($\chi^2= 9.277, 10.020, r_{pb}= .216, \chi^2= 9.000, 9.568, 3.874$ respectively) 3) Cognitive impairment (AOR=7.25, 95% CI : 1.681-31.276), History of stroke (AOR=4.74, 95% CI : 1.540-14.579), emergency department Length of stay (AOR=6.67, 95% CI : 2.300-19.337), intracranial hemorrhage (AOR=14.72, 95% CI : 2.637-82.151), and depression (AOR=6.96, 95% CI : 1.274-37.998) were significantly factors predicting delirium in older persons at emergency department at the level of .05 and accounted for 37 percent (Nagelkerke $R^2 = .370, p < .05$).

Conclusion: result finding can serve as guidelines for developing programs for nursing care, monitoring, and prevention of the risk of acute confusion in the elderly who receive services in emergency departments.

Keywords: delirium/ emergency department/ older persons

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(1) : 26-38

Article info: received December 4, 2023; revised March 1, 2024; accepted March 10, 2024

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

** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani-srisataphat Building, Pathum Wan, Bangkok Thailand 10330, and Research Advisor.

E-mail: koy-supawadee@hotmail.com



บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Acute confusion state หรือ delirium) เป็นความผิดปกติทางความคิด ระดับความรู้สึกตัว ความจำและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน สูญเสียความสามารถในการรับรู้หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ โดยมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน¹ ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ (geriatric syndrome) ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล² โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบได้ร้อยละ 50³ จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ซึ่งเป็นด่านแรกของการตรวจรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวน 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตรวจรักษาในแผนกฉุกเฉินทั้งหมด ซึ่งในจำนวนผู้สูงอายุนี้ พบอัตราความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 7-35 ในต่างประเทศ⁴ และร้อยละ 12 ในประเทศไทย⁵

สถานการณ์ของแผนกฉุกเฉินมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป หรือหอผู้ป่วยวิกฤต กล่าวคือ แผนกฉุกเฉิน เป็นส่วนแรกที่ผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษา มีความเร่งด่วนในการรักษาตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมีจำนวนมาก⁶ ทำให้แผนกฉุกเฉินมีสภาพแวดล้อมที่มีความแออัด เสียงดัง และสถานการณ์ความเครียด ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรมและระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น อาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง พฤติกรรมก้าวร้าว โวยวาย ดึงสายอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น⁷ ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลัน และระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุในแผนกฉุกเฉิน พบว่า มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 96 มีการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันสูงขึ้น และมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹ ดังนั้น จึงเห็นถึงความจำเป็นในการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสน

เฉียบพลันตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นที่ผู้ป่วยมารับบริการในแผนกฉุกเฉิน⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่เกิดจากโรคทางกายและปัจจัยทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ รวมไปถึงปัจจัยที่เกิดจากการดูแลของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเลือดออกในสมอง และความปวด^{4,8} เป็นปัจจัยทางกายภาพที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในหลากหลายบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งพบแนวโน้มว่าส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้สูง มีข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจน ด้านปัจจัยทางด้านจิตใจคือ ภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแฝงที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยทางกายร่วมด้วย มีผลการวิจัยสนับสนุนว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดอาการภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ แต่ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้ยังไม่ได้รับการศึกษาในบริบทของแผนกฉุกเฉินที่เพียงพอที่จะสรุปได้อย่างชัดเจน และปัจจัยด้านการดูแลของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ คือ ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ซึ่งมีความน่าสนใจเนื่องจากเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถจัดการทำได้มากที่สุด แต่มีเพียงงานวิจัยบางส่วนที่สนับสนุนความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ^{9,10}

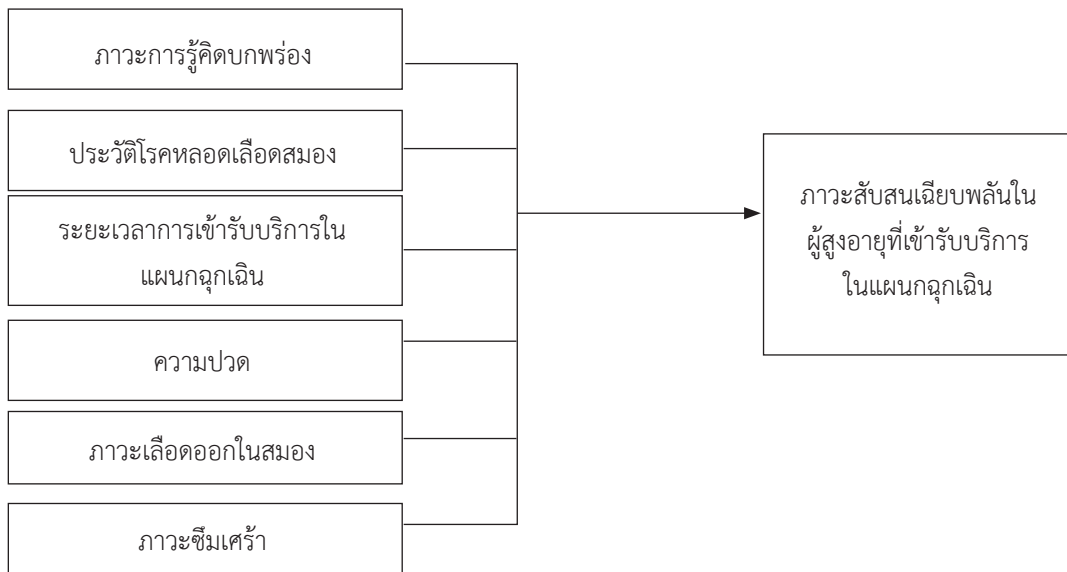
จากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยในประเทศไทยยังพบว่า ประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินจำนวนน้อย และยังมีข้อมูลไม่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการต่อยอดการศึกษาวิจัย โดยศึกษาปัจจัยทำนาย



การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินที่พยาบาลควรตระหนักเพื่อเข้าใจสาเหตุ และสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงได้อย่างทัน่วงที่ รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน โดยพิจารณาเลือกตัวแปรที่พบว่า มีความสัมพันธ์กันมาศึกษา คือ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า เพื่อหาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา

การเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้ากับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน



คำถามการวิจัย

1. ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินเป็นอย่างไร
2. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประสิทธิภาพการตัดสินใจ ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กันอย่างไร
3. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประสิทธิภาพการตัดสินใจ ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน หรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประสิทธิภาพการตัดสินใจ ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน
2. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประสิทธิภาพการตัดสินใจ ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Prospective descriptive predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ จำนวน 3 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุทุกประเภทในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี เก็บข้อมูลในวันที่ 12 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน จากการศึกษาความชุกของการเกิด (Sample size for estimate prevalence) โดยใช้กฎ Rule of thumb¹⁰

$$Zn = 100 + xi \text{ เมื่อ } i \text{ คือ EPV (event per variable)}$$

การเกิดเหตุการณ์ต่อตัวแปร โดยค่า EPV อยู่ระหว่าง 10-50 โดยมีค่ามาตรฐานต่ำสุดที่ยอมรับได้ เท่ากับ 20¹⁰

X คือ จำนวนตัวแปร (the number of independent variables in the final model)

$$n = 100 + 20(6)$$

$$n = 220 \text{ คน}$$

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลใช้การคำนวณตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ในระยะเวลา 1 ปี คือ พ.ศ. 2565 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ดังนี้ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 27,244 คน โรงพยาบาลราชวิถี 18,098 คน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 14,613 คน แบ่งตามขนาดสัดส่วน ได้โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 65 คน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 55 คน รวม 220 คน



การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่มีประวัติภาวะพร่องทางด้านจิตเวชก่อนการวิจัยครั้งนี้ เช่น การติดสุราเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง
2. สามารถสื่อสารพูดภาษาไทยได้ ไม่มีหูหนวก ตาบอด
3. มีญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลไม่ต่ำกว่า 10 ปี
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน หรือบาดเจ็บสาหัส (เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ ถูกใส่ท่อช่วยหายใจ ภาวะติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น)
2. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่หรือผู้ป่วยที่แม้มีอาการดีแต่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (เช่น ขณะดูอาการว่าจะมีอาการชัก หรือจะมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเพ่งหายจากอาการ เจ็บแน่นหน้าอกไม่นาน เป็นต้น)
3. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ในขณะที่ทำแบบประเมิน เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก, อาการใจสั่น หรือสัญญาณชีพไม่คงที่ เป็นต้น หรือ มีอาการอ่อนเพลีย รู้สึกเครียด รู้สึกเหนื่อยล้า ปวดหัว หรือเวียนศีรษะพัก 15-20 นาที แล้วอาการไม่ดีขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างหรือญาติเป็นผู้ตอบ มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

1.2 แบบบันทึกประวัติการความเจ็บป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย วันที่

เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน การวินิจฉัยโรค ภาวะเลือดออกในสมอง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัว การจำหน่ายผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน เครื่องมือคัดกรองภาวะ Delirium และ Cognitive impairment ฉบับภาษาไทย ที่ สัญชัย กุลาดี และธนาวัตติ ประชาสันต์ (2559)¹¹ แปลมาจาก เครื่องมือ Arousal, Attention, Abbreviated Mental Test-4, Acute change ของ Bellelli และคณะ (2014) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) ความตื่นรู้ตัว 2) การรับรู้ 4 แบบ 3) การใส่ใจ 4) อาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันหรือการดำเนินโรคขึ้น ๆ ลง ๆ มีค่าคะแนน 0-12 คะแนน โดยการแปลคะแนน คือ กำหนดคะแนนที่มากกว่าเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะสับสนเฉียบพลัน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม แปลและพัฒนาโดย สุคนธา สิริและคณะ (2007)¹² เป็นแบบทดสอบที่ใช้ถามญาติที่ดูแลผู้สูงอายุมาประมาณไม่ต่ำกว่า 10 ปี ข้อคำถามมีทั้งหมด 8 ข้อ โดยให้ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุเปรียบเทียบความจำ สถิติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาเทียบกับปัจจุบันของผู้สูงอายุ โดยการคิดคะแนน คือ ดีขึ้นมาก เท่ากับ 1 คะแนน ดีขึ้นเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เปลี่ยนแปลง เท่ากับ 3 คะแนน แย่ลงเล็กน้อย เท่ากับ 4 คะแนน และแย่ลงมาก เท่ากับ 5 คะแนน ต่อจากนั้นก็หาค่าคะแนนเฉลี่ย ด้วยการนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อที่ตอบทั้งหมด การแปลผล ถ้าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.44 แสดงว่าผิดปกติ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลขของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่ง



ประเทศไทยและสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย (2554)¹³ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .77 และในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้ ใช้แบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ Warden และคณะ (2003) แปลโดย Boonsawat และคณะ (2020)¹⁴ เป็นการประเมินผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้ ความจำบกพร่องรุนแรง หรือมีระดับความรู้สึกลดน้อย หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศิริราช โดยได้รับอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย 215/2566 (IRB1) วันที่รับรอง 8 มิถุนายน 2566 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้รับการอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย Q006q/66 วันที่รับรอง 12 มิถุนายน 2566 และโรงพยาบาลราชวิถี เลขที่โครงการวิจัย 66134 วันที่รับรอง 29 สิงหาคม 2566 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาในภายหลังทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล จึงได้ติดต่อและเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลห้องฉุกเฉิน เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติตามเกณฑ์และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเริ่มต้นการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (4 A's Test for Delirium Screening: 4AT) เพื่อประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังจากการประเมินจะสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันและกลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนี้

2.1 กลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และสามารถตอบแบบประเมินได้ ผู้วิจัยจะประเมินข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ตามแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE) แบบประเมินความปวด ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS)

2.2 กลุ่มที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.2.1 กรณีที่สามารถตอบแบบประเมินได้ ผู้วิจัยจะประเมินข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ตามแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE) แบบประเมินความปวด ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS)

2.2.2 กรณีที่ไม่สามารถตอบแบบประเมินได้ ผู้วิจัยจะประเมินข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ตามแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE) ใช้แบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Pain assessment in advanced dementia, PAINAD)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ใช้ประวัติจากเวชระเบียน เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยรายนั้น รวมถึงขออนุญาตหัวหน้าพยาบาลประจำแผนกฉุกเฉินหรือแพทย์เจ้าของไข้ในการเข้าถึงข้อมูลจากประวัติที่บันทึกในระบบคอมพิวเตอร์



4. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และการบันทึกทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกทั้งหมดมา ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้สถิติ บรรยายความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการ รู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า กับภาวะ สับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนก ฉกฉกด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนก ฉกฉกกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับ บริการในแผนกฉกฉก ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบพอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของภาวะการ รู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการ เข้ารับบริการในแผนกฉกฉก ความปวด ภาวะเลือดออก ในสมอง และภาวะซึมเศร้า กับภาวะสับสนเฉียบพลันใน ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉกฉก โดยใช้สถิติถด ถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression) และ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับ บริการในแผนกฉกฉก คิดเป็นร้อยละ 15.45 จากจำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 220 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศ หญิง ร้อยละ 58.8 อายุเฉลี่ย 82 ปี มีระยะเวลาการเข้า รับบริการในแผนกฉกฉก เฉลี่ย 3,226 นาที ได้รับการ วินิจฉัยโรคในครั้งนี้มากที่สุด คือ Pneumonia คิดเป็น ร้อยละ 26.47 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97 และมีประวัติ โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 20.59 ได้รับเข้าเป็นผู้ป่วย ใน (สามัญ) คิดเป็นร้อยละ 70.58

2. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือด สมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉกฉก ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้ามี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูง อายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉกฉก อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ($p = .001, p = .002, p = .001, p = .029, p = .002, p = .049$ ตามลำดับ)

3. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะ สับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนก ฉกฉก ได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการ ในแผนกฉกฉก ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึม เศร้า โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 37 (Nagelkerke $R^2 = .370, p < .05$)

จากตารางที่ 1 พบว่า อัตราการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉกฉกมี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉกฉก (n=220)

ภาวะสับสนเฉียบพลัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	34	15.45
ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	186	84.55



ตารางที่ 2 แสดงอำนาจทำนายของภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้าต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน (n=220)

ตัวแปรที่ศึกษา	Exp (β)	S.E	Wald	95% C.I.for		sig
				Lower	Upper	
ภาวะเลือดออกในสมอง	14.720	.877	9.397	2.637	82.151	.002
ภาวะการรู้คิดบกพร่อง	7.250	.746	7.054	1.681	31.276	.008
ภาวะซึมเศร้า	6.957	.866	5.015	1.274	37.998	.025
ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน	6.668	.543	12.201	2.300	19.337	.000
ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง	4.739	.573	7.363	1.540	14.579	.007
Constant	5.471	.187	83.014			.000

Nagelkerke $R^2 = .370$, Chi square = 52.915 Predictive correct = 86.4%, $p < .05$

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน มี 5 ปัจจัยได้แก่ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน คือ ความปวด

ภาวะการรู้คิดบกพร่อง สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjusted OR=7.25, 95% CI : 1.681-31.276, $p < .05$) กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน มีภาวะการรู้คิด

บกพร่องอยู่ก่อนการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน จะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 7 เท่า ทั้งนี้การพบภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งหมด สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น สมองจะเริ่มทำงานถดถอยลง ส่งผลให้มีพฤติกรรมความรู้คิดที่เปลี่ยนไป สูญเสียความริเริ่ม ความจำต่าง ๆ และนำไปสู่อาการภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bo และคณะ¹⁴ ที่พบว่า ภาวะรู้คิดบกพร่องในระดับปานกลางถึงรุนแรงสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 6 เท่า (OR 5.47; 95% CI 2.76–10.85)

ประวัติโรคหลอดเลือดในสมอง สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjusted OR=4.74, 95% CI : 1.540-14.579, $p < .05$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองอยู่



ก่อนการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 5 เท่า โดยเมื่อผู้สูงอายุมีประวัติของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ก่อนอาจส่งผลให้สมองมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่ไม่สมบูรณ์ หรือยังคงหลงเหลืออาการและอาการแสดงที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ซ้ำ หากการดูแลพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม หรือมีความดันโลหิตสูงมากขึ้น จากการเจ็บป่วยหรือความเครียดอย่างเฉียบพลันทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kennedy และคณะ⁶ พบว่า การมีประวัติภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้ 3 เท่า (OR 3.3; 95% CI: 1.7-6.2)

ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้น จะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 7 เท่า (Adjusted OR=6.67, 95% CI : 2.300-19.337, $p<.05$) โดยผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน มีการบาดเจ็บที่รุนแรง ย่อมมีการตรวจรักษาพิเศษเพิ่มเติมที่มากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น ซึ่งการตรวจเพิ่มเติมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินใช้เวลาในการรอยาวนานที่มากกว่าปกติ รวมถึงสิ่งแวดล้อมในแผนกฉุกเฉินมีความแออัด ความเครียดและความกดดัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Émond และคณะ⁹ พบว่า ผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะสับสนเฉียบพลันภายใน 24 ชั่วโมงแรก คิดเป็นร้อยละ 41.2 และเริ่มมีอาการในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในแผนกฉุกเฉิน และจากการศึกษาของ Bo และคณะ¹⁵ พบว่า ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินที่ ≥ 12 ชั่วโมง เป็นหนึ่งในตัวทำนายอิสระที่มีค่าเชื่อมั่นสูงในการเริ่มมีภาวะสับสนเฉียบพลันในแผนกฉุกเฉินในผู้ป่วยสูงอายุ อีกทั้ง ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างระยะ

เวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน > 10 ชั่วโมงและการเริ่มมีภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ภาวะเลือดออกในสมอง สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเลือดออกในสมองจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 15 เท่า (Adjusted OR=14.72, 95% CI : 2.637-82.151, $p<.05$) ซึ่งการที่หลอดเลือดในสมองหรือหลอดเลือดระหว่างสมองแตกออกทำให้เลือดไปสะสมและรั่วเข้าไปกอดเนื้อเยื่อสมองเป็นภาวะที่มีเลือดออกในเนื้อสมองอย่างกะทันหัน ทำให้มีเลือดคั่งอยู่ภายในสมอง ส่งผลให้สมองทำงานบกพร่องเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ¹⁶ ส่งผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kennedy และคณะ⁸ พบว่า การเกิดภาวะเลือดออกในสมองสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้ 8 เท่า (OR 8.4; 95% CI 1.8-4.0) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zipser และคณะ¹⁷ พบว่า ภาวะเลือดออกในสมองสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้ 2 เท่า (OR 1.90; CI 1.23-2.94, $p=0.004$)

ภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ก่อนการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน จะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 7 เท่า (Adjusted OR=6.96, 95% CI : 1.274-37.998, $p<.05$) โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจเกิดจากสารสื่อประสาทในสมองทำงานผิดปกติ พันธุกรรม ลักษณะนิสัย สภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิตหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความเครียดหรือความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์ และระดับฮอร์โมนในร่างกาย ระบบประสาททำงานได้แย่งลง



จนทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของFalk และคณะ¹⁸ พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.31, 95% CI : 1.37-3.90, p<.05)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความปวดไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้ (p=.205) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุส่วนใหญ่จะได้รับการประเมินอาการปวดตั้งแต่แรกรับที่ผู้ป่วยมายังแผนกฉุกเฉิน หากมีระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงผู้ป่วยจะได้รับการให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ ความเจ็บปวดอย่างทันที โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็น ปอดอักเสบ (Pneumonia) ซึ่งเมื่อประเมินการเจ็บปวดทำให้มีระดับความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้รับไปพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ภาวะซึมเศร้า เช่น การมีแบบคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า ในช่วงแรกรับผู้สูงอายุในแผนกฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาล

สามารถเฝ้าระวัง/ติดตามการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในแผนกฉุกเฉินอย่างใกล้ชิด อีกทั้งดูแลกระบวนการบริการให้มีความกระชับเพื่อลดระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

2. ควรมีการศึกษาต่อยอด โดยการจัดกระทำทางการพยาบาล ในปัจจัยเกี่ยวกับภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเลือดออกในสมองเกิดขึ้น พยาบาลสามารถประเมินและสังเกตการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และสามารถปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3. ควรมีการศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ต่อความรุนแรงของการเกิดอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อให้เห็นความชัดเจนของปัจจัยเสี่ยง และสามารถเพิ่มการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

ตัวแปรระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน อาจมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องนอนค้างอยู่ในแผนกฉุกเฉินมีจำนวนมาก อาจเนื่องจากปัจจัยของความจำกัดของจำนวนเตียงภายในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลาในการติดต่อประสานงานเพื่อย้ายไปโรงพยาบาลอื่น การรอผลตรวจการวินิจฉัยเพิ่มเติม การปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางหลายแผนก ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมีระยะเวลาในการอยู่แผนกฉุกเฉินเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นจึงส่งผลให้ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมีระยะเวลาที่ยาวนานมากกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ



References

1. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AM, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6(1):90.
2. Caplan GA, Kurlle SE, Cumming A. Appropriate care for older people with cognitive impairment in hospital. *Med J Australia*. 2016;205(S10):S12-S5.
3. Kespichayawattana J, Suvinee Wivatvanit S. Elderly care in the emergency department. *J Nursing Science Chulalongkorn University*. 2011;23(2): 1-12.
4. Oliveirae J. e Silva L, Berning MJ, Stanich JA, Gerberi DJ, Murad MH, Han JH, et al. Risk factors for delirium in older adults in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Ann Emerg Med*. 2021;78(4):549-65.
5. Sri-on J, Tirrell GP, Vanichkulbodee A, Niruntarai S, Liu SW. The prevalence, risk factors and short-term outcomes of delirium in Thai elderly emergency department patients. *Emerg Med J*. 2016;33(1):17-22.
6. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. *PloS One*. 2018;13(8):e0203316.
7. Tran NN, Hoang TPN, Ho TKT. Diagnosis and risk factors for delirium in elderly patients in the emergency rooms and intensive care unit of the national geriatric hospital emergency department: A cross-sectional observational study. *Int J Gen Med*. 2021;14:6505-15.
8. Kennedy M, Enander RA, Tadir SP, Wolfe RE, Shapiro NI, Marcantonio ER. Delirium risk prediction, healthcare use and mortality of elderly adults in the emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(3):462-9.
9. Émond M, Grenier D, Morin J, Eagles D, Boucher V, Le Sage N, et al. Emergency department stay associated delirium in older patients. *Can Geriatr J*. 2017;20(1):10-4.
10. Bujang MA, Sa'at N, Bakar TMITA, Joo LC. Sample size guidelines for logistic regression from observational studies with large population: emphasis on the accuracy between statistics and parameters based on real life clinical data. *MJMS*. 2018;25(4):122-30.
11. Kuladee S, Prachason T. Development and validation of the Thai version of the 4 'A's Test for delirium screening in hospitalized elderly patients with acute medical illnesses. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:437-43.
12. Siri, S., Okanurak, K., Chansirikanjana, S., Kitiyaporn, D., & Jorm, A.F. (2006). Modified informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) as a screening test for dementia for Thai elderly. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2006;37(3),587-594.



13. Royal College of Anesthesiologists of Thailand, and the Pain Education Association of Thailand. Guidelines for developing acute pain relief after surgery, 2nd edition. 2019. Bangkok: Royal College of Anesthesiologists of Thailand.
14. Boonsawat N, Suraarunsumrit P, Mandee S, Pitiyan S, Pengsorn N, Srinonprasert V, et al. Reliability “and Validity Study of the Thai version of the Pain Assessment in Advanced Dementia” (PAINAD-Th). *Int Psychogeriatr*. 2020;32(S1):188.
15. Bo M, Bonetto M, Bottignole G, Porrino P, Coppo E, Tibaldi M, et al. Length of stay in the emergency department and occurrence of delirium in older medical patients. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(5):1114-9.
16. Inouye SK. Delirium in older persons. *NEJM*. 2006;354(11):1157-65.
17. Zipser CM, Deuel J, Ernst J, Schubert M, von Känel R, Böttger S. The predisposing and precipitating risk factors for delirium in neurosurgery: a prospective cohort study of 949 patients. *Acta Neurochir*. 2019;161(7):1307-15.
18. Falk A, Kåhlin J, Nymark C, Hultgren R, Stenman M. Depression as a predictor of postoperative delirium after cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2021;32(3):371-9.



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต ในผู้ที่เป็นมะเร็ง

อิทธิพงศ์ มุณีโน* สุวีพร ธนศิลป์** และ นพมาศ พัดทอง***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคมกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และรับบริการที่คลินิกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต มีค่า KR-20 เท่ากับ .81 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .90 และ .89 (ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 เป็นผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำพินัยกรรมชีวิต 67 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 และผู้ที่เป็นมะเร็งที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 โดยส่วนใหญ่ทำด้วยวิธีการบอกกล่าวร้อยละ 49.2 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ความรุนแรงของอาการ และความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ($OR= 2.63, 7.59, 1.05, 1.79$ ตามลำดับ, $p<.05$) และปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตลดลง ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($OR= 0.87, p<.05$)

คำสำคัญ: พินัยกรรมชีวิต/ ผู้ที่เป็นมะเร็ง

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(1) : 39-52

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสมาชิกหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม)



Selected Factors Related to Living will in Persons with Cancer.

Athipong Muneeno* Sureporn Thanasilp** and Noppamat Pudtong***

Abstract

Purpose: Aimed to examine the living will in persons with cancer and the relationships between age, stage of disease, symptom severity, knowledge on living will, death anxiety, social support, and the living will in persons with cancer.

Design: Descriptive correlational research

Methods: The sample group consisted of 180 individuals who have been diagnosed with cancer and received services at the cancer outpatient department of tertiary hospitals in the Bangkok metropolitan area. The research tools including the personal information questionnaire, Questionnaire for making a living will, the knowledge assessment form about making a living will have had a KR-20 value of .81. The severity of symptoms Questionnaire, Death Anxiety Questionnaire and social support questionnaire have had Cronbach's alpha coefficients were .88, .90, and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and logistic regression.

Results: The research results found that the sample group was 180 people with cancer who made a living will 67 people with accounting for 37.2 percent, and people with cancer who did not make a living will 113 people with accounting for 62.8 percent. The majority doing it by means of notification 49.2 percent. Factors that cause more people with cancer to make living wills include people aged 60 years and over with advanced stage cancer, severity of symptoms, and knowledge about making a living will (OR= 2.63, 7.59, 1.05, 1.79 respectively, $p < .05$) and factors that cause people with cancer to make a living will to decrease was anxiety about death (OR= 0.87, $p < .05$).

Keywords: Living wills/ Persons with cancer.

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(1) : 39-52

Article info: received December 4, 2023; revised March 18, 2024; accepted March 27, 2024

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

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

*** Corresponding Author, Assistance Professor, Member of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research CO-Advisor.

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



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลกและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกพบผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่จำนวนกว่า 18.1 ล้านคนและพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ วันละ 381 คน หรือ 139,206 คนต่อปี และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี¹ พบผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 2,949 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 3,441 ราย ในปี พ.ศ.2560² และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นในอนาคต

โรคมะเร็งเกิดจากการเจริญผิดปกติของเซลล์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย หากพบในระยะแรกอาจรักษาหายขาด แต่เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของโรคมักจะเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ และความทุกข์ทางใจ ทำให้ผู้ป่วยหวาดผวา และกลัวตาย โดยเฉพาะกลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานก่อนตาย อีกทั้งผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และยังคงมีความหวังว่าการรักษาจะทำให้หายได้³ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงทำทุกวิถีทางเพื่อให้บุคคลอันเป็นที่รักหายจากโรคมะเร็งหรือมีชีวิตให้ยาวนานที่สุด แม้ต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมากหรือยอมเป็นหนี้สินเพื่อเอาเงินมาใช้ในการรักษาตัว สิ่งเหล่านี้ถือเป็นความคาดหวังของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 ซึ่งได้ระบุถึงสิทธิของประชาชนไทยประการหนึ่งว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วยได้” สิทธิของบุคคลที่จะแสดงเจตนาล่วงหน้าว่า เมื่อตนอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยที่ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาใด ๆ แล้ว จะไม่ขอยื้อชีวิตจากเครื่องมือ

หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ แต่จะขอจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ โดยบุคคลนั้นจะยังได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ตามอาการที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความทรมานจนถึงลมหายใจสุดท้าย เรียกว่า การแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance Directive) หรือ พินัยกรรมชีวิต (living will)⁴ พินัยกรรมชีวิตเป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การรักษายาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย บุคคลตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไปสามารถเขียนพินัยกรรมชีวิตได้ด้วยตนเองเป็นลายลักษณ์อักษรหรือบอกกล่าวให้ผู้อื่นเขียนให้ หรือโดยการแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทน และมีการลงนามของเจ้าของพินัยกรรมใจความสำคัญของพินัยกรรมชีวิต ประกอบด้วย ชื่อเจ้าของพินัยกรรมชีวิต เจตนาเกี่ยวกับการรักษา ความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต และยกรวมไปถึงการจัดการร่างกายและสิ่งต่าง ๆ หลังการเสียชีวิต การทำพินัยกรรมชีวิตช่วยลดการรักษามากเกินประโยชน์ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา⁵ บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวสามารถทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยได้ ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์มากกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการผลักดันให้มีการทำพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษร แต่อย่างไรก็ตามกลับยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย เป็นเรื่องที่ยากและท้าทายต่อการนำมาใช้ในระบบสุขภาพในประเทศไทย เนื่องจากเรื่องของพื้นฐานของวัฒนธรรม ความเชื่อ หลายคนมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดกับผู้ป่วยเพราะเป็นกลางร้าย จึงหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึง และมักไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต⁴ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการทำพินัยกรรมชีวิต เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย มักมีประเด็นที่พบบ่อยที่สุดคือ การยื้อชีวิตหรือไม่ยื้อชีวิต เพราะในระยะนี้บางครั้งผู้ป่วยอาจตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ต้องมีครอบครัว และทีมสุขภาพ



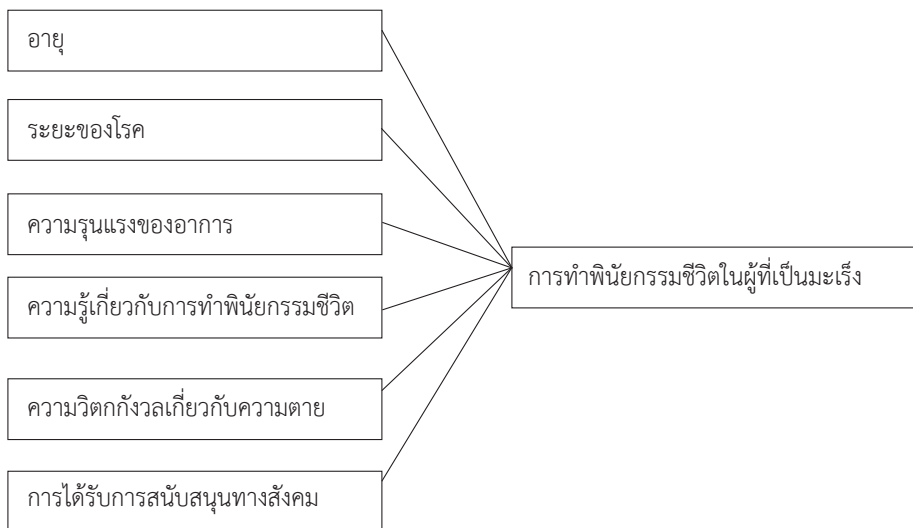
เข้ามาเกี่ยวข้อง พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นตัวกลางประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เป็นผู้ปกป้องให้ผู้ป่วยสามารถมีสิทธิตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และรักษาไว้ซึ่งสิทธิของผู้ป่วย⁶ ทั้งยังสามารถส่งเสริมให้การทำกิจกรรมชีวิตเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิต ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมชีวิต⁷

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการทำกิจกรรมชีวิตในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง เนื่องจากเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิตในประเทศไทยยังมีน้อย ที่ผ่านมามีการศึกษาในเฉพาะบุคคลทั่วไป กลุ่มผู้สูงอายุ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งมาจากการทบทวนวรรณกรรมอันได้แก่ อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นตัวแปรในการศึกษา เพื่อเป็นพื้นฐานขององค์ความรู้ให้

บุคคลทั่วไป ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความรู้ความเข้าใจ และมีการทำกิจกรรมชีวิตมากขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามเจตนาที่แสดงไว้ในกิจกรรมชีวิตจนจบจนที่วาระสุดท้ายมาจนถึงนำไปสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษานี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ 1) อายุ โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการทำกิจกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุ 18-59 ปี 17.33 เท่า⁸ 2) ระยะของโรค ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำกิจกรรมชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 เป็นมะเร็งระยะลุกลาม⁹ 3) ความรุนแรงของอาการ ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น ร้อยละ 75 มีการทำกิจกรรมชีวิตมากขึ้น 4) ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิต ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิต มีการทำกิจกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



การทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ 15.06 เท่า 5) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีกังวลเกี่ยวกับการตายสูงจะทำพินัยกรรมชีวิตน้อย 6) การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นตามไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลจุฬารามณ์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ถึง มิถุนายน 2566

นิยามศัพท์

1. การทำพินัยกรรมชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตัวเอง บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร หรือมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต วัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือของ Rodenbach และคณะ (2021)¹⁰ แปลค่าเป็น “ทำ” และ “ไม่ทำ” พินัยกรรมชีวิต

2. อายุ หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ที่เป็นมะเร็งมีชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม เป็นแบบบันทึกที่ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลด้วยตัวเอง ออกแบบโดยผู้วิจัย

3. ระยะของโรคมะเร็ง หมายถึง ตัวเลขที่บ่งบอกความรุนแรงและการลุกลามของโรคซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4

4. ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การรับรู้ถึงความไม่สุขสบายหรือความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับ 9 อาการ คือ ปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ เหนื่อยหอบ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย โดย Chinda, Jaturapatporn, Kirshen and Udom-subpayakul (2011)¹¹ คะแนนมากหมายถึงความรุนแรงของอาการมาก

5. ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต หมายถึง ความจำ ความเข้าใจของผู้ที่เป็นมะเร็งเกี่ยวกับการพินัยกรรมชีวิต วัดโดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตพัฒนาโดย วันนัพร พิพัฒน์ธนะวงศ์ (2011)¹²



6. **ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย** หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อความรู้สึกหวาดหวั่นหรือหวาดกลัว ความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อนึกถึงการเสียชีวิตและ/หรือ ความรู้สึกหวาดกลัวถึงกระบวนการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อถึงเวลาเสียชีวิต วัดได้จากการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยแบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) ของ Conte และคณะ (1982)¹³ ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)¹⁴

7. **การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็ง ต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จาก บิดา มารดา คู่สมรส ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ วัดโดยใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ฉบับแปลภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988)¹⁵

8. **ผู้ที่เป็นมะเร็ง** หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ให้คำวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ประเมินได้จากข้อกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด มารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศ สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยที่เข้ามารับบริการในแผนกหอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือน

กุมภาพันธ์ 2566 ถึง มิถุนายน 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากทฤษฎีการวิเคราะห์โดยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) โดย กัลยา วานิชย์บัญชา (2549)¹⁶ ที่ให้กำหนดขนาดตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่าของตัวแปรที่ต้องการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยทั้งหมด 6 ปัจจัย จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 180 คน ซึ่งเพียงพอในการตอบคำถามการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจนครบตามจำนวนจึงไม่ได้มีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยประเมินด้วยตนเองด้วย MMSE-Thai 2002 โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนน ≤ 14 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนน ≤ 17 และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนน ≤ 22 จะถือว่ามีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกชนิด และทุกระยะ
- 3) รับรู้ถึงการวินิจฉัยโรคมะเร็ง
- 4) สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
- 5) ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
- 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Exclusion criteria; 1) เกิดภาวะแทรกซ้อน จนผู้ป่วยไม่สามารถทำแบบประเมิน จนครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของโรคมะเร็ง



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ Rodenbach และคณะ (2021)¹⁰ โดยเป็นลักษณะข้อความคำถามเลือกตอบเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง มีสเกลการวัดเป็นนามบัญญัติ 2 ระดับ คือ “ทำ” และ “ไม่ทำ” พินัยกรรมชีวิต จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้แล้ว 1.1) ทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตนเอง 1.2) บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร 1.3) ท่านได้เลือกและมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต 2) ท่านไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย Chinda และคณะ (2011)¹¹ ประเมินความรุนแรงของอาการ 9 อาการ ซึ่งระดับความรุนแรงของแต่ละอาการแบ่งเป็น 0-10 คะแนน ช่วงค่าคะแนน 0-90 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรง แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ 0-30 หมายถึง ความรุนแรงของอาการต่ำ 31-60 หมายถึง ความรุนแรงของอาการอยู่ปานกลาง 61-90 หมายถึง ความรุนแรงของอาการสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .88

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต สร้างโดย วณิชพร พิพัฒน์ธนวรงค์ (2011)¹³ เพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ให้คะแนนโดยการคิดเป็นคะแนนดิบหากตอบถูกต้องได้ข้อละ 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มจะเท่ากับ 8 คะแนน แปลผลคะแนน 0-2 = มีความรู้ต่ำ 3-5 = มีความรู้ปานกลาง 6-8 = มีความรู้สูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder Richardson 20(KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) สร้างโดย Conte และคณะ (1982)¹⁵ ซึ่งใช้ฉบับแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)¹⁴ ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scales) ให้คะแนน แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ 1-3 คะแนน แปลผลคะแนน คิดคะแนนรวมทั้ง 15 ข้อ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 15-45 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .90

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ part 2) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988)¹⁵ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ 0-4 คะแนน คำถามจำนวน 7 ข้อ แปลผลระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 0-9 คะแนนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ 10-19 คะแนนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 20-28 คะแนนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ COA No. 1732/2022 IRB No. 0673/65 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2565 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ COA. MURAMA2022/756 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2565 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ EC 083/2565 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2566 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะ



ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ มีการรักษาความเป็นส่วนตัวโดยจัดสถานที่ที่มิดชิดในการทำแบบสอบถาม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งใน 3 โรงพยาบาลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 ในเวลาราชการ วันจันทร์-ศุกร์ตั้งแต่เวลา 8.00 น.-15.00 น. ในขณะที่ผู้ป่วยรอเรียกชื่อพบแพทย์

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติตามรายชื่อที่พยาบาลประจำแผนกมอบให้ อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ขอความยินยอม และทำการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง แต่หากไม่สะดวกผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 25-30 นาที

3. ผู้วิจัยยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงผิดปกติ ที่ไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไปได้ และให้การช่วยเหลือตามอาการ โดยผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำแผนก ให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งหมด 180 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

อธิบายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลตัวแปรปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม และการทำพินัยกรรมชีวิต โดยการแจกแจงค่า ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยและตัวแปรตามระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิต ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) นำเสนอ odd ratio (OR) ในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุด คือ 23 ปี และที่อายุมากที่สุด คือ 79 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 56 ปี (SD = 12.47) เกินกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.1 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 27.8 ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด สามอันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 28.4 ร้อยละ 20.5 และ ร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 51.7 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนับตั้งแต่ทราบผลวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่อยู่ในช่วง มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 61.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำพินัยกรรมชีวิตเพียง ร้อยละ 37.2 ด้วยวิธีการ



บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยเขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นจำนวนร้อยละ 18.3

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็งมีดังนี้

อายุ โดยผู้ที่เป็นมะเร็งวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-59 ปี) 2.63 เท่า (OR = 2.63, 95% CI = 1.07-6.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระยะของโรคมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น 7.59 เท่า (OR = 7.59, 95% CI = 2.31-24.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรุนแรงของอาการ กล่าวคือ ความรุนแรงของอาการส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมาก

ขึ้นร้อยละ 5 (OR = 1.05, 95% CI = 1.02-1.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นร้อยละ 79 (OR = 1.79, 95% CI = 1.36-2.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย กล่าวคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตน้อยลงร้อยละ 13 (OR = 0.87, 95% CI = 0.82-0.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง (OR = 0.97, 95% CI = 0.87-1.08)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง (n=180)

ตัวแปรต้น	b	S.E.	Z	Sig.	Odd Ratio (95% CI)
อายุ					
วัยสูงอายุ (>60 ปี) (กลุ่มอ้างอิง: วัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี))	0.97	0.46	2.11	0.03	2.63 (1.07-6.45)
ระยะของโรคมะเร็ง					
ระยะลุกลาม (กลุ่มอ้างอิง: ระยะเริ่มต้น)	2.03	0.61	3.34	<.001	7.59 (2.31-24.92)
ความรุนแรงของอาการ	0.04	0.01	3.30	<.001	1.05 (1.02-1.07)
ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต	0.58	0.14	4.19	<.001	1.79 (1.36-2.36)
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	-0.14	0.03	-4.68	<.001	0.87 (0.82-0.92)
การสนับสนุนทางสังคม	-0.03	0.05	-0.57	0.56	0.97 (0.87-1.08)

Nagelkerke $R^2 = .625$



อภิปรายผล

การศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งมีการทำพินัยกรรมชีวิตเพียงร้อยละ 37.2 โดยที่รูปแบบการทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ยังคงทำโดยการบอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 49.25 ข้อมูลส่วนนี้ทำให้เห็นว่าการทำพินัยกรรมชีวิตในบริบทของสังคมไทยนั้น มีอิทธิพลของบุคคลรอบข้างเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีการพึ่งพาอาศัยกัน เมื่อมีการเจ็บป่วยจึงต้องการการดูแลจากครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เมื่อไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้จึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวเป็นผู้ที่ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษา การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ไม่ทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 62.8 เหตุผลเนื่องจากไม่รู้จักพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 73.4 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ในการศึกษานี้อาจยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างเพียงพอ ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาของ พศิน ภูริธรรมโชติ (2559)¹⁷ ที่พบว่าในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 57.1 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งมีความแตกต่างออกไปจากผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต อีกทั้งการใช้พินัยกรรมชีวิตก็ยังไม่แพร่หลายอาจเพราะเป็นเรื่องใหม่และงานวิจัยที่เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยยังมีน้อยส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากอาจยังไม่รู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน¹⁸

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี) กล่าวคือ หากผู้ที่เป็นมะเร็งยังมีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้ม

ทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย อธิบายได้ว่าอายุที่มากขึ้นสะท้อนถึงการผ่านประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักและบุคคลรอบข้างมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ทำให้สามารถปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ และเผชิญเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ดีกว่า อีกทั้งวัยสูงอายุมีการรับรู้ถึงเวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าค่อย ๆ น้อยลงในทุก ๆ ปี ทำให้ช่วงวัยนี้เริ่มวางแผนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายหรือช่วงสุดท้ายของชีวิต ส่วนกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี ซึ่งทำพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่า อธิบายได้ว่าปัจจุบันสามารถพบโรคมะเร็งในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยลงและมีการตรวจคัดกรองวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น อีกทั้งเป็นช่วงวัยของการทำงาน ยังมีภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงเป็นเหตุให้ต้องการรักษาที่เต็มที่และหวังผลการรักษาที่หายขาด จึงทำให้ยังไม่ได้คิดถึงเรื่องของความตายและทำพินัยกรรมชีวิตน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lynn et al. (2016)⁹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 18-59 ปี

ระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม จะทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น เนื่องจากโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นมีโอกาสที่จะรักษามากกว่า ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้นมักมีความคาดหวังสูงที่จะหายจากโรค และยอมรับการรักษาทุกรูปแบบ จึงไม่อยากจะคิดถึงเรื่องของการทำพินัยกรรมชีวิต ในขณะที่ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามผ่านการเจ็บป่วยมาระยะหนึ่งผู้ป่วยมีการปรับตัว หากผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดี จะยอมรับการเป็นโรคมองในแง่ดีว่าจะสามารถจัดการได้ จึงทำให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบของการแสวงหาข้อมูลหรือแหล่งสนับสนุนทั้งจากบุคลากรวิชาชีพสุขภาพและบุคคลในครอบครัว ทำให้มีผลลัพธ์ต่อการปรับตัวที่ดี⁴ อีกทั้งได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองซึ่งนำมาใช้ร่วมกับการรักษามากขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลามมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ (2017)⁸ ที่พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 เป็นมะเร็งระยะลุกลาม



ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิต โดยเมื่อความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นร้อยละ 5 (OR = 1.05) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.7 อธิบายได้ว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการรุนแรงมากต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เป็นผลมาจากโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ไม่ว่าจะอาการปวด อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ความรุนแรงของอาการที่มากขึ้นสอดคล้องไปกับระยะของโรคที่มากขึ้น เช่นเดียวกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนมากอยู่ในมะเร็งระยะลุกลาม ด้วยเหตุผลเหล่านี้จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจหรือยอมรับการพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้า และทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง กล่าวคือเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 79 (OR = 1.79) โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.6 และในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในระดับปานกลางร้อยละ 46 และระดับต่ำร้อยละ 29.2 ซึ่งทำให้เห็นความสอดคล้องกันของความสัมพันธ์อย่างชัดเจน หากผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการรักษานั้นจะต้องรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค แนวทางการรักษาที่ก่อนเสมอ และรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองในปัจจุบัน จึงสามารถพิจารณาเลือกหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้ ในขณะเดียวกันถ้าผู้ที่เป็นมะเร็งมีความรู้และเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตว่าคืออะไร การทำพินัยกรรมชีวิตจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่ทำอย่างไร ก็จะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง

เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูงขึ้นจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตลดลงร้อยละ 13 (OR= 0.87) อธิบายได้ว่า เมื่อมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับที่สูงขึ้นนั้น จะส่งผลให้กระบวนการคิด การตัดสินใจบกพร่องไป จะมุ่งสนใจที่อาการกังวลของตนเองเป็นหลัก แต่ถ้าหากสามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้แล้ว กระบวนการรู้คิดและตัดสินใจจะดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญกับการวางแผนในชีวิตส่วนที่สำคัญๆ และเมื่อมีวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำ ก็จะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ในการศึกษาี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ เป็นไปได้ว่าจากที่ในปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วมากขึ้น ทำให้สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของอาการให้คงที่ได้ นอกจากนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษามากกว่า 1 ปี ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับข้อมูลของโรคและการรักษามาแล้วในระยะเวลาหนึ่ง ส่งผลให้สามารถปรับตัวและเรียนรู้ในการเผชิญกับความกลัวหรือแม้แต่เรื่องของความตายที่อาจจะใกล้เข้ามาได้ดี¹⁵ ผู้ที่เป็นมะเร็งจึงสามารถปรับจิตใจให้ยอมรับกับสภาพความจริงของการเจ็บป่วยได้ ไม่เกิดความวิตกกังวลหรือหมกมุ่นกับความกลัวความตายที่อาจเข้ามาใกล้ เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่อาจจะเกิดขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจความหมายของการเกิด การมีชีวิต และการตายของตนเองได้ ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีทัศนคติต่อความตายในทางที่ดี การเรียนรู้เกี่ยวกับความตายได้ดีขึ้นทำให้สามารถยอมรับกับความตายที่อาจเกิดขึ้นได้¹⁵

ดังนั้นจึงส่งผลให้มีการยอมรับและทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ผู้ที่มีความกังวลในระดับสูงต้องการการดูแลสุขภาพียืดอายุมากกว่าการดูแลแบบประคับประคอง และทำพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่อความตายต่ำกว่า ความวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในระดับสูง เป็นอุปสรรคขัดขวางในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งความสนใจของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลในระยะท้ายไม่ประสบความสำเร็จ



บทสรุป

พยาบาลสามารถแสดงบทบาทในการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ในการได้ตัดสินใจและแสดงความต้องการของตนเองในรักษา ใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล ในกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง และการทำพินัยกรรมชีวิตก็เป็นเครื่องมือการสื่อสารที่สำคัญ ในกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่เป็นตัวแทนแสดงความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจในปัจจัย อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อพัฒนาสู่แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น และได้รับการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่เป็นไปตามความต้องการที่ได้แสดงเจตนาไว้ได้มากที่สุด ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นแค่ส่วนหนึ่งจากหลาย ๆ ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ซึ่งต้องการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งมีการสอบถามที่เกี่ยวกับความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งแล้ว เป็นเรื่องที่น่าจะทำให้กลุ่มตัวอย่างนั้นมีความกังวลและเสียดายที่จะเข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งวัฒนธรรมความเชื่อของคนไทย ที่เมื่อกล่าวหรือถาถึงเรื่องความตายหรือการวางแผนเรื่องวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องไม่มงคลไม่ควรพูดถึง โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีญาติอยู่ด้วยเสมอ ดังนั้นการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในบางครั้งต้องได้รับการยินยอมและการตัดสินใจของญาติเข้ามาเกี่ยวข้องและพบว่าญาติขอปฏิเสธไม่ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากมีความไม่สบายใจที่จะตอบแบบสอบถาม จึงเห็นได้ว่าการที่จะได้ข้อมูลที่ตีในเรื่องนี้ควรได้รับความยินยอมของผู้ป่วยโดยที่ญาติต้องเห็นชอบด้วย

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

การศึกษาค้นคว้านี้ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีระบบการดูแลแบบประคับประคองในเชิงรุกในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และโรคร้ายแรง มีการสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ พัฒนาแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมากขึ้น ถึงกระนั้นสถิติการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีน้อย และยังคงเป็นประเด็นที่ท้าทายของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องศึกษาหาแนวทางพัฒนาให้การทำพินัยกรรมชีวิตเป็นที่รู้จัก เข้าใจ และยอมรับอย่างแพร่หลายมากขึ้น โดยส่วนหนึ่งจากการศึกษาค้นคว้านี้ทำให้ทราบว่า การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้อย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตามมาจากการเจ็บป่วย รวมถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่อาจมาถึงในอนาคตได้ด้วยจิตใจที่สงบ ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้เข้าสู่กระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าตั้งแต่พบว่า เป็นโรคมะเร็งตั้งแต่วาระเริ่มต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้มีเวลาในการเตรียมตัวและวางแผนเกี่ยวกับการรักษา และการใช้ชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น ช่วยเหลือให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการพยาบาลเพื่อลดและบรรเทาความรุนแรงของอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็ง ครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตก็มีโอกาสในการทำพินัยกรรมชีวิตสูงขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิต เป็นปัจจัยที่น่าสนใจ จึงควรศึกษาในเชิงทดลองเพื่อทดสอบผลของการให้ความรู้ความเข้าใจต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต



References

1. Ministry of Public Health, Department of Medical Services. Annual report 2018. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. 2018. 100 p.
2. Ministry of Public Health, Department of Medical Services, National Cancer Institute. Annual report 2017. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. 2017. 122 p.
3. Introntakun K, Thanasilp S, Supametaporn P. Experiences of caring for patients with advanced cancer at home of family caregivers. *J Nursing Science Chulalongkorn University* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 20];35(2):12-23. Available form: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/265757/179281>. [In Thai]
4. Sawaeng B. Letter of intent regarding medical treatment at the end of life. Bangkok: National Health Commission Office (NHCO); 2009.
5. Thompson TD, Barbour RS, Schwartz L. Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. *Palliat Med*. 2003;5:403-9.
6. Thingakrue B, Siri P, Phumson N, Ruangtong I. The Role of nurses in ethical decision-making for end-of-life cancer patients: Withholding or withdrawing life-sustaining Interventions. *J Nursing Science Chulalongkorn University* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 2];35(3):1-12. Available form: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/267881/180824> [In Thai]
7. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2016 May 12 [cited 2024 Mar 25];28(4):456-69. Available form: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/c/3q5j6g/viewer/pdf/magmnpv37r> doi: 10.1093/intqhc/mzw060
8. Kim S, Koh S, Park K, Kim J. End-of-life care decisions using a Korean advance directive among cancer patient-caregiver dyads. *Palliative and Supportive Care* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2024 Mar 25];15(1):77-87. Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=b881655f-4569-3119-b87a-38f306cd6a1a>
9. Lynn T, Curtis A, Lagerwey MD. Association between attitude toward death and completion of advance directives. *Omega* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2024 Mar 25];74(2):193-211. Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=f5350548-8cbb-3ae2-8d1c-26751bb6eaab>
10. Rodenbach RA, Althouse AD, Schenker Y, Smith TJ, Chu E, White DB, et al.. Relationships Between Advanced Cancer Patients' Worry About Dying and Illness Understanding, Treatment Preferences, and Advance Care Planning. *J. Pain Symptom Manage* 2021;61(4): 723-31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.004>



11. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage* 2011;42(6):954-60.doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020
12. Phiphattanawong W. Factors related to the decision to make an advance letter of intent regarding treatment at the end of life. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. [In Thai]
13. Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1982 Jan 1 [cited 2024 Mar 25];43(4):775-85.Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=e97bde92-4b22-3e93-916b-5fb5b9514e32>
14. Maliwon K. Factors associated with acceptance of death in patients with advanced cancer. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. [In Thai]
15. Hanucharurnkul S. Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand [dissertation on the Internet]. Wayne State University; 1998 Jan 1 [cited 2024 Mar 25]; Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=f6a4b8f2-7062-3885-973d-8831def0dafb>
16. Wanichbancha K. Advanced statistical analysis with SPSS for windows. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. [In Thai]
17. Phurithummachote P. Attitudes towards making a life will and factors affecting the decision to make a life will of patients at Borabue Hospital. *Acad J Mahasarakham Provincial Public Health Office* [Internet]. 2016 [cited Feb 2];1(1):39-52. Available form: <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/7407> [In Thai]
18. Supavadee W. Factors affecting the expressing of intent in advance to exercise the right to die peacefully at the end of life in the elderly. Bangkok: Kasetsart University Press; 2003. [In Thai]



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชัน ต่อทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

ภัทรบดีนทร์ โรจนวิสิษฐ์ฤๅษา* และ สุนิศา สุขตระกูล**

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ถนนอโศก-ดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชัน ต่อทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี และผู้ดูแลที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันราชานุกูลซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยได้รับการจับคู่ (Matched pair) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชัน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนและแบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .89 และ .90 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .97 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบแบบ paired samples t-test

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันทำให้คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนมีความแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ/ ผู้ดูแล/ เว็บแอปพลิเคชัน/ ทักษะทางสังคม/ เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

* พยาบาลวิชาชีพ สถาบันราชานุกูล

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: auyyoo@yahoo.com



The Effects of Caregiver Empowerment Program Combined with Web Application on Social Skills of Preschool Children with Autism

Pattarabadin Rojanawisitruetcha* and Sunisa Suktrakul**

Abstract

Purpose: To study the effects of caregiver empowerment program combined with web application on social skills of preschool children with autism.

Design: Quasi-experimental research pretest-posttest control group.

Methods: The samples were consisted of fifty preschool children with autism, aged 3-6 and their caregivers in the inpatient ward of Rajanukul Institute, selected by inclusion criteria, matched pair and then, equally randomly assigned to an experimental group and a control group with 25 subjects in each group. The experimental group was received the caregiver empowerment program for 4 weeks. The control group was received usual nursing care. The experimental instrument was the caregiver empowerment program combined with web application on social skills of preschool children with autism. Data were collected by using the social skills of preschool children with autism assessment and the caregiver empowerment assessment. Their CVI were .89 and .90, respectively. Their Cronbach's alpha coefficients were .97 and .90, respectively. The paired samples t-test was used in data analysis.

Results: The mean score of social skills of preschool children with autism after using the caregiver empowerment program was significantly different from receiving this program at the .05 level and the mean score of social skills of preschool children with autism after using the caregiver empowerment program was significantly different from the control group at the .05 level.

Conclusion: The use of the caregiver empowerment program combined with the web application resulted in differences in the mean social skills scores of preschool children with autism, which was according to hypothesis

Keywords: Caregiver/ Empowerment/ Web Application/ Social Skills/ Preschool Children with Autism

* Register Nurse, Rajanukul Institute.

** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Boromratchachonnani-srisatphat Building, Patumwan District, Bangkok, Thailand 10330. Research Advisor.

E-mail: auyyoo@yahoo.com



บทนำ

ผู้ป่วยออทิสติกเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสาร การมีพฤติกรรมหรือความสนใจอย่างจำกัด¹ พบอาการเด่นชัดได้ตั้งแต่อยู่ในช่วงของวัยก่อนเรียน² ซึ่งเป็นช่วงสำคัญในการเสริมสร้างรากฐานของชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา³ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยออทิสติกที่สถาบันราชานุกุลแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่าง พ.ศ. 2561-2565 มีจำนวน 15,190 ราย 15,578 ราย 10,880 ราย 9,946 ราย และ 14,570 ราย ซึ่งในขณะที่แผนกผู้ป่วยในมีจำนวน 4,347 ราย 4,537 ราย 4,620 ราย 4,665 ราย และ 4,455 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 46.90, 42.57, 47.10, 47.74 และ 42.78 ตามลำดับของจำนวนผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการทั้งหมดซึ่งมีสถิติสูงที่สุดเป็นอันดับ 1 โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงของวัยก่อนเรียน คิดเป็นร้อยละ 72.45, 74.30, 70.57, 68.65 และ 71.76 ของจำนวนผู้ป่วยออทิสติกที่เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยใน

ทักษะทางสังคมเป็นความบกพร่องทางด้านพัฒนาการที่มีความรุนแรงสำหรับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนต่อการมีส่วนร่วมทำกิจกรรม การโต้ตอบสื่อสารทั้งแบบวจนภาษาและอวจนภาษา ความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์โดยการเรียนรู้และการแบ่งปันความรู้สึก การแบ่งปันความสนใจร่วมกับผู้อื่น รวมไปถึงความสามารถในการควบคุมตนเองในการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การปฏิบัติกิจกรรมหรือปฏิบัติตามคำแนะนำ ระเบียบ กฎเกณฑ์ ข้อตกลงกติกาได้อย่างเหมาะสม⁴ ซึ่งจากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางด้านทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนพบว่า การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นการขาดรับรู้และเข้าใจในปัญหาของตนเอง การขาดการเรียนรู้ในศักยภาพของตนเอง การขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหา การขาดความหวังและกำลังใจ การไม่รู้จักรักแหล่งทรัพยากรและการใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมไปถึงการขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความบกพร่องทางด้านทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนได้⁵

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มพลังอำนาจและความสามารถของผู้ดูแลโดยผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอนตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁷ ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและการลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจในปัญหาของตนเอง รับรู้ในศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหา การคงไว้ซึ่งความหวังและกำลังใจ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและการใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมไปถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลและทักษะทางสังคมทั้งทางด้านการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม การแบ่งปันความสนใจร่วมกับผู้อื่น รวมไปถึงความสามารถในการควบคุมตนเองในการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์และการปฏิบัติกิจกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนได้⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมของ ปณิตา จันทรทองสุข, นพวรรณ เปียชื่อ และ จุฬารักษ์ กวีวิรัชย์⁸ พบว่า แอปพลิเคชันที่ใช้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชากร ส่วนมากพบในต่างประเทศ จนกระทั่งจากสถานการณ์ในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบบบริการสาธารณสุขจึงได้เกิดการปรับตัวในวิถีชีวิตแบบใหม่ (New Normal) เพื่อลดความเสี่ยงของการสัมผัสเชื้อและเพื่อให้การดูแลบำบัด รักษาสามารถดำเนินเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ระบบบริการต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านของการพยาบาล ได้มีการประยุกต์ใช้ระบบดิจิทัลแบบเว็บแอปพลิเคชันในการทำกิจกรรมผ่านเครื่องมือสื่อสาร ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการดูแลโดยผ่านทางระบบดิจิทัลแบบเว็บแอปพลิเคชันของผู้ดูแลเด็กออทิสติกพบว่า สามารถช่วยลดพฤติกรรมที่เป็น



ปัญหาของเด็กออทิสติกลงได้ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลในการดูแลเด็กออทิสติก ทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงระบบการให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสะดวกและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน⁹

คำถามการวิจัย

1. ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมหลังได้รับการทดลองมีความแตกต่างจากก่อนได้รับการทดลองหรือไม่
2. ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมหลังได้รับการทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันต่อทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันต่อทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนได้รับการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design)

ประชากร คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 ว่าเป็นโรคออทิสซึมเข้ามารับการบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ดูแลเด็กออทิสติก

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติกอยู่ในช่วงวัยก่อนเรียน อายุ 3-6 ปี และผู้ดูแลที่เข้ามารับการบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 25 ราย กลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ซึ่งมีการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ที่ 0.8 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่ควรมี คือ จำนวน 42 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ ผู้วิจัยจึงได้มีการกำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของผู้ดูแล มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่มีหน้าที่ให้การดูแลอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงเป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือนโดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. มีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถรองรับการใช้ระบบเว็บแอปพลิเคชันและเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้
3. สามารถสื่อสาร (ฟังและพูด) อ่าน และพิมพ์/เขียนข้อความภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบทั้ง 8 ครั้งตามที่กำหนด



กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชัน

พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)

ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง
ครั้งที่ 1

- ค้นพบสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเองในการดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน โดยการสรุปสิ่งที่ผู้ดูแลได้เผชิญอยู่

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง
ครั้งที่ 2

- ค้นพบสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับโรคออทิสติก โดยการสรุปในสิ่งที่ผู้ดูแลได้เผชิญอยู่

กิจกรรมที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

- สะท้อนความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนเกี่ยวกับความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 4 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมให้กับตนเอง
ครั้งที่ 1

- ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมถึงปัจจัยภายในบุคคล

กิจกรรมที่ 5 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมให้กับตนเอง
ครั้งที่ 2

- ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมถึงปัจจัยระหว่างบุคคล

กิจกรรมที่ 6 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 1

- ผู้ดูแลสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพจากการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมให้กับตนเอง

กิจกรรมที่ 7 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 2

- มอบสัญญาใจในการส่งเสริมความมุ่งมั่น ทุ่มเท และความรักซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 8 การสรุปและการประเมินผล

- การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสะท้อน การรับ และการส่งข้อมูลให้กับผู้ดูแล

ทักษะทางสังคม
ของเด็กออทิสติก
วัยก่อนเรียน

ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
ด้านที่ 2 การแบ่งปัน
ด้านที่ 3 การปฏิบัติตามข้อตกลงของกลุ่ม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน มีดังต่อไปนี้

1. เป็นเด็กออทิสติกที่มีอาการรุนแรงอยู่ในระดับน้อย (Mild Autistic) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน C.A.R.S. (The Childhood Autism Rating Scale) มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 16-30 คะแนน
2. ไม่มีความพิการหรือโรคร่วม เช่น ลมชัก สมรรถภาพการ โรคซน สมาธิสั้น (ADHD) เป็นต้น

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ของผู้ดูแล มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้ดูแลมีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรมที่กำหนด (น้อยกว่าร้อยละ 80) เป็นต้น

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน มีดังต่อไปนี้

1. เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนมีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรมที่กำหนด (น้อยกว่าร้อยละ 80) เป็นต้น

เกณฑ์ให้เลิกการศึกษา (Discontinuation Criteria) ของผู้ดูแล มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลถอนตัวออกจากการวิจัยโดยมีการปฏิเสธหรือเปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมโครงการในครั้งต่อไป
2. ผู้ดูแลได้นำเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนย้ายไปรักษาที่สถาบันหรือโรงพยาบาลอื่นหรือย้ายที่อยู่อาศัย
3. ผู้ดูแลเกิดความเสี่ยงที่ได้รับความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

เกณฑ์ให้เลิกการศึกษา (Discontinuation Criteria) ของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน มีดังต่อไปนี้

1. เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนย้ายไปรักษาที่สถาบันหรือโรงพยาบาลอื่นหรือย้ายที่อยู่อาศัยโดยที่ไม่สามารถเข้ามาใช้บริการที่สถาบันราชานุกูลอีกต่อไปได้
2. เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนเกิดความเสี่ยงที่ได้รับความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนและผู้ดูแลเด็กออทิสติกประกอบด้วย ข้อมูลของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรคนที่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ครั้งแรก ประวัติการได้รับยาตามแผนการรักษา และข้อมูลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติกซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

1.2 แบบสังเกตพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน เป็นเครื่องมือที่ถูกสร้างขึ้นโดยอัจฉริมา ศิริพิบูลย์ผล¹⁰ เพื่อใช้วัดทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนโดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและมีค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .97 ประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ด้านที่ 2 การแบ่งปัน และด้านที่ 3 การปฏิบัติตามข้อตกลงของกลุ่มซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกที่มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วน (Rating Scale) 3 ระดับเกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ เด็กไม่แสดงทักษะทางสังคมหรือปฏิเสธที่จะทำ เกณฑ์การให้คะแนน 1 คือ เด็กแสดงทักษะทางสังคมภายใต้การช่วยเหลือ เกณฑ์การให้คะแนน 2 คือ เด็กสามารถแสดงทักษะทางสังคมได้ด้วยตัวเอง



2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันต่อทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนโดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson มีทั้งหมด 8 กิจกรรม รวมทั้งคู่มือในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลต่อทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลโดยที่ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแบบประเมินให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนจากแบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Akey et al.¹¹ ซึ่งได้รับการแปลและพัฒนาให้เหมาะสมและครอบคลุมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson โดย สมคิด ตรีรากิ¹² ที่ใช้ในการประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อที่มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วน (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนจากผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลน้อยที่สุด (1 คะแนน) - ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลมากที่สุด (5 คะแนน) มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เลขที่ RI 01/2566 วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

โดยที่ไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาตามมาตรฐาน และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับโดยนำเสนอผลการวิจัยเป็นรูปแบบภาพรวมเพื่อผลประโยชน์ด้านการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** โดยการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือในการวิจัยเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 ราย เตรียมกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การได้รับยา และข้อมูลของผู้ดูแล

2.1.2 ผู้วิจัยประเมินทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนตามแบบสังเกตพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

2.1.3 เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนและผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การได้รับยา และข้อมูลของผู้ดูแล

2.2.2 ผู้วิจัยประเมินทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนตามแบบสังเกตพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน



2.2.3 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนและผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันต่อทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนจำนวน 8 กิจกรรมโดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งหากพบว่าพลังอำนาจของผู้ดูแลอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ยที่น้อยหรือน้อยที่สุด ผู้วิจัยจึงได้นำผู้ดูแลดังกล่าวมาทบทวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจนกว่าจะไ้ระดับคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ปานกลางขึ้นไป

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 รวบรวมข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pre-test)

ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ผู้วิจัยประเมินทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนตามแบบสังเกตพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

3.2 รวบรวมข้อมูลหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test)

หลังจากครบโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ผู้วิจัยประเมินทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนตามแบบสังเกตพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนและประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ผลข้อมูลสถิติที่ใช้ ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ paired samples t-test ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนโดยใช้สถิติทดสอบ paired samples t-test ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

1. เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64 อายุอยู่ในช่วง 4-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคครั้งแรกพบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 88 เป็นบุตรคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 52 และการรักษาในปัจจุบันที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา คิดเป็นร้อยละ 80 ในส่วนของผู้ดูแลเด็กออทิสติกของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84 และ 76 ตามลำดับ อายุ 35-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 36 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 96 และ 84 ตามลำดับ และมีระดับการศึกษา ระดับอนุปริญญา/ปวส. โดยคิดเป็นร้อยละ 56 และ 60 ตามลำดับ ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 52 และ 40 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก คือมารดาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 68 และ 64 ตามลำดับ และรายได้ต่อเดือนที่มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชัน (n = 25)

ทักษะทางสังคม	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	1.80	2.12	24	8.820	.000
หลังทดลอง	3.12	1.96			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	1.56	2.31	24	17.143	.000
หลังทดลอง	8.44	2.24			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ก่อนได้รับการทดลองเท่ากับ 1.56 และหลังได้รับการทดลองเท่ากับ 8.44 ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก

วัยก่อนเรียนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 50)

ทักษะทางสังคม	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มควบคุม	1.80	2.12	48	.383	.704
กลุ่มทดลอง	1.56	2.31			
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม	3.12	1.96	48	-8.933	.000
กลุ่มทดลอง	8.44	2.24			

*p < .05



จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนเท่ากับ 8.44 ในขณะที่กลุ่มควบคุมหลังจากที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนเท่ากับ 3.12 ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนของกลุ่มทดลองหลังจากที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนและกลุ่มควบคุมหลังจากที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลวิจัยแสดงว่า เมื่อให้การพยาบาลโดยการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันพบว่า ช่วยให้คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมเนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวเป็นโปรแกรมที่ได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มพลังอำนาจและความสามารถของผู้ดูแลโดยผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและการลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจในปัญหาของตนเอง รับรู้ในศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหา การคงไว้ซึ่งความหวังและกำลังใจ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและการใช้ให้เกิดประโยชน์

สูงสุด รวมไปถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller¹³ ที่กล่าวว่า พลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก 4) พลังงาน 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา 6) แรงจูงใจ และ 7) ระบบความเชื่อที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลต่อสภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลและทักษะทางสังคมทั้งทางด้านการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม การแบ่งปันความสนใจร่วมกับผู้อื่น รวมไปถึงความสามารถในการควบคุมตนเองในการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์และการปฏิบัติกิจกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wakimizu, Yamaguchi และ Fujioka¹⁴ และการศึกษาของ Suprajitno¹⁵ และการศึกษาของรัตติยา เตยศรี และ ปชานันท์ นันไทยวิกุล¹⁶ กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ ตระหนัก พัฒนา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการตอบสนองกับความต้องการ รวมไปถึงการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรูปแบบในการเลี้ยงดู ส่งผลทำให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นแก่ผู้ดูแลและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจยังสามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการส่งเสริมทักษะให้กับเด็กออทิสติกในวัยก่อนเรียนสามารถแสวงหาและใช้ทรัพยากรเพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตัวผู้ดูแลเองโดยช่วยเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ทรัพยากรในการผลักดันให้ผู้ดูแลได้กระทำในสิ่งที่ดีที่สุดตามความสามารถและศักยภาพของตนเอง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ผลวิจัยแสดงว่า เมื่อให้การพยาบาลโดยการ
ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการ
ใช้เว็บแอปพลิเคชันพบว่า ช่วยให้คะแนนเฉลี่ยทักษะทาง
สังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติเนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวเป็น
โปรแกรมที่ได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลัง
อำนาจซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มพลังอำนาจและความ
สามารถของผู้ดูแลโดยผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่
1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wakimizu, Yamaguchi
และ Fujioka¹⁴ และการศึกษาของ Pellecchia และ
คณะ¹⁷ กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการ
ที่สามารถช่วยทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ ตระหนัก พัฒนา
และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการตอบสนองกับความ
ต้องการ รวมไปถึงการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ
การจัดการรูปแบบในการเลี้ยงดู 2) การสะท้อนคิดอย่างมี
วิจักษณ์ญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
ให้กับตนเองและการลงมือปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาของ Suprajitno¹⁵ และการศึกษาของ Ebrahimi,
Vahidi, Malek, Babapour และ Abdorrahmani¹⁸
กล่าวว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่ม
ความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการส่งเสริมทักษะให้กับ
เด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน สามารถแสวงหาและใช้
ทรัพยากรเพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตัวผู้ดูแล
เองโดยช่วยเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลอย่างมี
ประสิทธิภาพและใช้ทรัพยากรในการผลักดันให้ผู้ดูแลได้
กระทำในสิ่งที่ดีที่สุดในความสามารถและศักยภาพของ
ตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
ตามแนวทางในการปฏิบัติที่ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกเพื่อ
ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จในการ
ดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนจนเกิดการรับรู้ได้ถึงความรู้
สึกที่มีความมั่นใจ รู้สึกถึงการมีพลังอำนาจในตัวเอง
การสร้างและการคงไว้ซึ่งความหวังและกำลังใจบนพื้นฐาน
ของความเป็นจริง ตลอดจนความสามารถในการสร้างแรง

ใจให้กับตนเองเมื่อพบกับความยากลำบากหรือ
อุปสรรคในการดูแล ช่วยให้มีการรับรู้ถึงพลังอำนาจใน
ตนเองส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกถึงการมีพลัง
อำนาจในการควบคุมสถานการณ์และตระหนักได้ถึง
ความเข้มแข็งของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษา
ที่พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแล
ของครอบครัว สามารถลดอาการออทิสติกของ
เด็กออทิสติกได้ ทำให้ครอบครัวมีศักยภาพในการ
เปลี่ยนแปลงความสามารถของตนเองในการดูแล
และจัดการอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกได้อย่าง
เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
ของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันไปใช้ในการ
ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน
และผู้ดูแลเด็กออทิสติกเพื่อทำให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และ
เข้าใจในปัญหาของตนเอง รับรู้ในศักยภาพของตนเอง
สามารถจัดการกับปัญหา การคงไว้ซึ่งความหวังและกำลังใจ
การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและการใช้ให้เกิดประโยชน์
สูงสุด รวมไปถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นส่งผลต่อ
สุขภาพะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลและ
ทักษะทางสังคมทั้งทางด้านการมีส่วนร่วมในการทำ
กิจกรรม การแบ่งปันความสนใจร่วมกับผู้อื่น รวมไปถึง
ความสามารถในการควบคุมตนเองในการแสดงออกทาง
ด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์และการปฏิบัติ
กิจกรรมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริม
สร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชัน
ภายหลังจากให้โปรแกรมในระยะ 4 เดือน 8 เดือน และ
12 เดือน เนื่องจากเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนกำลังเข้าสู่



ช่วงของวัยวัยเรียน ดังนั้นทักษะทางสังคมจึงมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงวัย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลร่วมกับการใช้เว็บแอปพลิเคชันต่อทักษะที่มีความบกพร่องทางด้านอื่น ๆ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในด้านต่าง ๆ ของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน เพื่อการดูแลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการฝึกทักษะที่มีความบกพร่องอย่างครอบคลุมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แหล่งสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัย สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการวิจัยในครั้งนี้

Reference

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013. 947 p.
2. March-Miguez I, Montagut-Asunción M, Pastor-Cerezuela G, Fernández-Andrés MI. Intervention in social skills of children with autistic spectrum disorder: A bibliographical review. *Psychologist Papers*. 2018;39(2):140-9.
3. Blanc R, Guidotti M, Dansart P, Rambault A, Bonnet-Brilhault F, Malvy J, et al. Early Intervention in Severe Autism: Positive Outcome Using Exchange and Development Therapy. *Frontiers in Pediatrics* [Internet]. 2021 Dec 15;9:785762. Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=642cbcd6-dccd-3e2b-9124-fa378bc87978>
4. Quill KA, Brusnahan LLS. Do-watch-listen-say: Social and communication intervention for autism spectrum disorder. 2nd ed. Paul H. Brookes Publishing;2017. 440 p.
5. Reina S, Factor, Rea Hannah M., Dahiya Angela V., Albright Jordan, Ollendick Thomas H., Laugeson Elizabeth A., et al. An Initial Pilot Study Examining Child Social Skills, Caregiver Styles, and Family Functioning in the PEERS® for Preschoolers Program for Young Autistic Children and their Caregivers. *Res Dev Disabil*. 2022;121:104152.
6. El-Azzab SESHI, Ali SMH, Garf FSA, Elsayed DMS. Effectiveness of nursing intervention based on family empowerment model on burden of care and self-efficacy for caregivers of children with autism disorder. *Egyptian Journal of Nursing & Health Sciences*. 2022;3(1), 409-33.



7. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21(6):1201-10.
8. Junthongsook P, Piaseu N, Kaveevivithchai C. Health Status, Health Promoting Behaviors and Use of Mobile Health Application among Service Users in Private Hospitals. *J Nursing Science Chulalongkorn University*. 2016;28(3): 147-159.
9. Ellison KS, Guidry J, Picou P, Adenuga P, Davis TE. Telehealth and autism prior to and in the age of COVID-19: A systematic and critical review of the last decade. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2021;(24):599-630.
10. Siriphiboonphol A. Impact of Cooperative play on social skill of autistic early childhood children [thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2009.
11. Akey TM, Marquis JG, Ross ME. Validation of scores on the psychological empowerment scale: A measure of empowerment for parents of children with disability. *Educational and Psychological Measurement*, 2000;60 (3):419-38.
12. Treerapee S. Effects of using empowerment program on burden of psychiatric patients' caregivers [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.
13. Miller JF. Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness. 2nd ed. Philadelphia: Davis;2000. 573 p.
14. Wakimizu R, Fujioka H, Nishigaki K, Sato I, Iwata N, Matsuzawa A. Development of family empowerment programs for caregivers of children with disabilities at home: Interim report up to "implementation of pretesting". *Int J Nurs Res*. 2022;1(1):1-15.
15. Suprajitno SK. Effect of family empowerment in enhancing the capabilities of children with autism. *Belitung Nurs J*. 2017;3 (5):533-40.
16. Toeysri R, Nanthaitaweekul P. The Effect of Empowerment Program on Late Phase Postoperative Recovery Among Post Lumbar Spine Surgery Patients *J Nursing Science Chulalongkorn University* 2019, 31(3):47-59
17. Pellecchia M, Beidas RS, Mandell DS, Cannuscio CC, Dunst CJ, Stahmer AC. Parent empowerment and coaching in early intervention: Study protocol for a feasibility studies. *Pilot and Feasibility Studies*. 2020;6(22):1-12.
18. Ebrahimi H, Vahidi M, Malek A, Babapour-Kheiroddin J, Abdorrahmani N. The effect of group therapy using the cognitive approach on the empowerment of mothers raising a child with autistic disorder: A randomized-controlled clinical trial. *J Res Cli Med*. 2019;7(1):23-31.



บทความวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

อริสมันต์ ศิริลาภ* และ รัชนิกร อุปเสน**

สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร 10600

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Heidegger (1962)

วิธีดำเนินการวิจัย: คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์อยู่ร่วมในเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง และก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี จำนวน 16 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ยุติเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว ร่วมกับการสังเกต จดบันทึก และการบันทึกเทป นำมาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวงเวียนการตีความของ Van Manen (1990)

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน 2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อชีวิตของผู้ดูแลหลัก 3) ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ และ 4) การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย

สรุป: ผลจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจในประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างลึกซึ้งขึ้น และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพตามสภาพบริบทของสังคมไทย

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต/ ผู้ป่วยจิตเภท/ พฤติกรรมรุนแรง/ ผู้ดูแลหลัก

* พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Lived Experiences of Primary Caregivers in Violent Schizophrenic Persons

Arisaman Sirilap* and Ratchaneekorn Upasen**

Abstract

Objective: This research aims to study the lived experiences of primary caregivers in schizophrenic persons having violent behaviors.

Designs: The qualitative hermeneutic phenomenological method (Heidegger, 1962) was used in this study.

Methods: The Participants were selected according to purposive sampling. The data were collected through observation, field notes, tape recording, and in-depth interview until data saturation in 16 primary caregivers of schizophrenic persons who had been violently recorded at least three times/year. Then, the data were transcribed verbatim and analyzed by a Hermeneutic circle (Van Manen, 1990).

Results: The results of this study could lead understanding of this objective study through 4 main themes: 1) Lived with endurance. 2) The impacts of schizophrenic persons' violent behaviors on primary care givers' lives. 3) Adjusting for living together. 4) Schizophrenic persons' violent behaviors managements.

Conclusion: The results guide nurses and multidisciplinary teams understanding by care givers' experiences deeply and providing care to primary caregivers of violent schizophrenic persons to raise from their abilities of care in Thai community efficiently.

Keyword: Lived experiences/ Schizophrenic persons/ violent behaviors/ Primary caregivers



บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ไม่เป็นเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดในโลก มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั่วโลก 24 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 300 คน¹ โดยในประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยจิตเภททั้งประเทศเท่ากับ 396,131 คน² ตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคจิตเภทคนหนึ่งนั้น มักมีอาการทางจิตที่เปลี่ยนไปจากปกติ และมีอาการรุนแรงขึ้น ๆ ลง ๆ (fluctuate in severity) นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา³ ร้อยละ 43.22 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาก่อความรุนแรงทั้งหมด คือ ผู้ป่วยจิตเภท² ในปี พ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้ง/ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.37 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา³ ซึ่งพฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) เป็นการกระทำที่รุนแรงและอันตรายทั้งต่อผู้ดูแลหลักและผู้อื่น ผ่านการกระทำทางวาจา การใช้กำลังประทุษร้ายโดยใช้กำลังต่อตนเองและผู้อื่นจนเกิดความบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนทำลายสิ่งของให้เกิดความเสียหายอย่างจงใจ เพื่อแสดงออกตามแรงขับความก้าวร้าว การหาแนวทางในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง⁵

ดังนั้นการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงได้รับผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในผู้ดูแลมากกว่าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป⁶ การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับพยาบาลในการแสวงหาความรู้ที่ได้จากการให้ความสำคัญต่อทัศนคติและประสบการณ์ชีวิตในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง⁷ พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อในหลากหลายด้าน

ของผู้ดูแลหลัก แม้ว่าที่ผ่านมาเหตุการณ์เหล่านั้นมาแล้วก็ตาม⁸ อย่างไรก็ตามการศึกษาในบริบทของประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่น้อยเป็นผลทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในรูปแบบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เคยกระทำกับผู้ดูแลหลัก ประกอบกับขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับมือของผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงเหล่านั้น⁹ จึงอาจจะยังมีข้อค้นพบเรื่องราวบางอย่างหากศึกษาเจาะลึกถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ยังไม่ได้ศึกษา¹⁰

การศึกษาเชิงคุณภาพที่ผ่านมามีมุ่งเน้นประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Neha et al⁶ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับมือกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในประเทศอินเดีย ได้แก่ การลงมือทำร้ายต่อผู้ป่วยกลับทันที อยู่ห่างจากผู้ป่วย นั่งเฉย ตอบรับความต้องการของผู้ป่วย และผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ดูแล ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน ปัญหาสุขภาพ ภาระทางการเงิน การไม่ยอมรับของสังคม การรับรู้ตราบ ในขณะการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบริบทของประเทศไทยยังคงขาดซึ่งรูปแบบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เคยกระทำ ประกอบกับวิธีการรับมือของผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทอยู่¹¹

ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Heidegger¹² เพื่อการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึก¹³ ประสบการณ์ชีวิตจะมุ่งเน้นในช่วงเวลาทั้งดีหรือร้ายที่บุคคลนั้น นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากเหตุการณ์มาประยุกต์ใช้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา¹⁴ โดยการศึกษานี้ มุ่งเน้นประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จากการใช้ความหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ผลกระทบด้านต่าง ๆ การปรับตัวที่ผ่านมามี รวมถึงวิถีชีวิตของผู้ดูแลหลักใช้แก้ไขปัญหาอุปสรรคขณะผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ใช้แล้วได้ผลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ทีมสุขภาพ



ให้สามารถนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลหลัก ที่จะทำให้เข้าใจปัญหาได้อย่างครอบคลุม ภายใต้การเข้าถึงผู้ดูแลหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษารังนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger¹² ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึก¹² ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ “วงเวียนการตีความ” ของ Van Manen¹⁵ เพื่ออธิบายถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 (F20.0-20.9)¹ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 6 ชั่วโมง/วัน ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) เป็นผู้ดูแลหลักที่เคยอยู่ร่วมในเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง และผู้ป่วยต้องก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี² ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 3) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) สมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ศาสนา ระยะเวลาในการดูแล

ผู้ป่วย อาชีพ รายได้ บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว 2) แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) เพื่อใช้ในการจดบันทึกรายละเอียดขณะการสัมภาษณ์ บรรยายเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย 3) เครื่องบันทึกเสียง เพื่อใช้ในการบันทึกเสียงสนทนาขณะทำการสัมภาษณ์ 4) แบบบันทึกการถอดรหัสความเข้าใจในการถอดความแบบคำต่อคำ และใช้ในการลงรหัสเบื้องต้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่มีความยืดหยุ่นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) คำถามหลักแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1. คำถามเพื่อทราบถึงรายละเอียดของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 2. คำถามถึงความรู้สึกของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ 3. คำถามที่มุ่งถึงผลกระทบของประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวคำถามรองเพื่อเจาะลึกในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้แนวทางในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและวิจัยเชิงคุณภาพ 5 ท่าน (ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวชพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลจิตเวช (APN) และจิตแพทย์) เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพิ่มเติม

พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีการขอรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ SD.IRB. APPROVAL.018/2566 มีมติรับรองวิจัยวันที่ 4 ก.ค. 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวิธีการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตทำการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจน การปกปิดข้อมูลและการเผยแพร่ในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะทำลายทิ้งหลังรายงานผลการวิจัยเสร็จสิ้น



การรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อผ่านพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกเป็น ผู้กั้นกรง (Gate keeper) เพื่อเชื่อมโยงไปสู่ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด และติดป้ายกำกับในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อป่งชี้ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพร้อมผู้ดูแลจึงเข้าแนะนำตัว แจงวัตถุประสงค์ ติดต่อขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามและตัดสินใจในการเข้าร่วม และขออนุญาตเก็บข้อมูลภายหลังพบแพทย์ตามนัดหมายและรับยาเสร็จสิ้น

3) มอบเอกสารคำแนะนำสำหรับอาสาสมัครชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยอีกครั้ง ขอความยินยอมให้ลงรายชื่อเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย การรักษาความลับการบันทึกเทป และเซ็นเอกสารเข้าร่วมวิจัย

4) การสัมภาษณ์จะใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ณ ห้องตรวจที่มีความเป็นส่วนตัว ตามที่สถาบันฯ ได้จัดเตรียมไว้ให้ ทั้งนี้ขณะสัมภาษณ์มีการเผชิญหน้าระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (Face to face interview) โดยเฉพาะที่เป็นเพื่อทำความเข้าใจ ภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่น ๆ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลสำคัญมาตรวจตามนัดกับผู้ป่วยเพียงลำพัง ผู้วิจัยได้จัดเตรียมพื้นที่บริเวณหน้าห้องตรวจให้ผู้ป่วนั่งรอ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์

5) ดำเนินการเก็บข้อมูลจนกระทั่งมีความอิ่มตัว กล่าวคือ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์จนไม่เพิ่มเติมข้อมูลใหม่ใด ๆ จนผู้วิจัยมีต้องสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเพิ่มเติม โดยสัมภาษณ์ในผู้ให้ข้อมูลหลัก 16 ราย ระยะเวลา

ในการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 41-59 นาที เดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล เลือกใช้แนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Van Manen¹⁵ “วงเวียนการตีความ” มี 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) ถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยละเอียด จัดบันทึกข้อมูลโดยเรียงอย่างเป็นระบบ 2) แยกประเด็นหลักสำคัญของข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงข้อความที่ยังคงอยู่ตลอดและตามระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การมองภาพรวม (Holistic approach) การค้นหาและเน้นส่วนที่สำคัญ (Selective approach) และการให้รหัสข้อมูลแต่ละย่อหน้า (Paragraph) 3) ผู้วิจัยสนทนาร่วมกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อเลือกใช้ภาษาที่สามารถสื่อความหมายถึงประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษา (dialogue with the co-researchers) กำหนดประเด็น (theme) และตรวจสอบให้ความหมายของประเด็น (theme) จากนั้น 4) เขียนบรรยายประเด็นหลักสำคัญสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล พิจารณาตามเกณฑ์ของ Guba และ Lincoln⁴ คือ

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) โดยมีระยะเวลาอยู่ *ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement)* โดยการสัมภาษณ์จะยุติเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้ให้ข้อมูลอย่างไม่ถูกรบกวนเกินไป *การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation)* โดยผู้วิจัยใช้เวลาอย่างน้อย 3 เดือนในการทำความเข้าใจกับข้อมูล การ *ตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)* ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulate) เป็นการพิสูจน์ความถูกต้องจากข้อมูลที่รับจากแหล่งที่มาที่หลากหลาย โดยการใช่วิธีการรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเดียวกัน *การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing)* อย่างน้อย 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุป และ *การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking)* นำข้อมูลและ



ข้อสรุปกลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูล อย่างน้อย 3 ท่าน

2. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ในระยะเริ่มต้นจากโครงร่างการวิจัย ตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น ข้อคำถามปลายเปิดที่มีโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล/การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการวิจัยเชิงคุณภาพ *ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล* ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบจากข้อมูลดิบว่า ข้อมูลตรงกันหรือไม่หลังการถอดเทปแบบคำต่อคำ และ *ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล* ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป

ผลการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) **ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูล** จำนวน 16 คน มีช่วงอายุ 28-74 ปี เป็นเพศชาย จำนวน 3 คน และ เพศหญิง จำนวน 13 คน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดา จำนวน 7 คน เป็นภรรยา 2 คน เป็นพี่ 2 คน และมีความสัมพันธ์เป็นบิดา ยาย ลุง น้อง หรือแม่บุญธรรม อย่างละ 1 คน ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาในระดับ ประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 8 คน รองลงมา คือ ปริญญาตรี จำนวน 5 คน มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. จำนวน 2 คน และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1 คน ความเพียงพอของรายได้ของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ไม่เพียงพอ มีจำนวน 8 คน เพียงพอมีเงินเก็บ 5 คน และ เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ จำนวน 3 คน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย นาน 2-5 ปี จำนวน 5 คน 6-10 ปี จำนวน 5 คน และ ระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน ดังตารางที่ 1

2) **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ผลจากการศึกษาในผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก โดยมีรายละเอียดพร้อมประเด็นรองและมิติในแต่ละประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน (Lived with endurance)

ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความหมายร่วมกันของการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม

รุนแรงนั้น พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องใช้ความอดทนอย่างยิ่งต่อการรับมือกับผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาจากการเป็นผู้ดูแลหลัก ทำให้ต้องอดทนต่อปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงทั้งต้องอดทนต่อการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย อดนอนเพื่อมาดูแลผู้ป่วยตอนกลางคืน ตลอดจนอดทนต่อคำพูดในเชิงตำหนิของคนรอบข้างอยู่เสมอ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ดังนี้

“ผมจะจับ เขาสู้ ผลักผมทนายทอง หัวผมบวมโน เป็นลูกมะกรูดเลยตอนนั้นก่อนที่จะพามาอนที่โรงพยาบาล แต่จะไม่ดูแลเขาก็ทำไม่ได้อีก” (ID12P3L8-9)

“เขานอนไม่หลับ ตัวเองก็คือนอนไม่ได้ค่ะ ...เพราะว่าต้องตื่นมาดูว่า เขาทำอะไรบ้าง บางทีหลับ ๆ ตื่น ๆ ก็มีค่ะ ตัวเองก็พลอยไม่ได้นอนไปด้วยค่ะ” (ID1P7L20-22)

“ย่าของเขา พอเห็นว่าเขามีอาการเนี่ย ยาก็ได้ แต่ตัวเราเขาก็โทษว่าเพราะเราเนี่ยเลี้ยงลูกเป็นอย่างไรง (พูดด้วยน้ำเสียงสิ้นเครื่อง หยุดชะงักครุ่นคิดชั่วคราว: Field Note ที่ 2) ...แต่เราไม่ได้ตอบโต้อะไรกับย่าเขาหรอกค่ะ” (ID2P8L11-12)

ประเด็นหลักที่ 2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลหลัก (The impacts of schizophrenic persons' violent behaviors on primary care givers)

การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีการรับรู้ถึงผลกระทบในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งประกอบด้วย 6 ประเด็นรอง โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงมีรายละเอียดดังนี้

2.1 เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย โดยความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลักขณะดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขณะที่เผชิญพฤติกรรมรุนแรง ทั้งจากการที่ต้องคอยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลัก และผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเภท



ที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย ตลอดจนการเป็นที่พึ่งของทุกคนในครอบครัว จนกลายเป็นความเหนียวแน่นของผู้ดูแลทั้งกายใจมีรายละเอียดต่อไปนี้

“เหนียวค่ะ แต่เมื่อก่อนเคยท้อมาเหมือนกับว่าเหมือนแบบ ไม่อยากจะทำอะไรแล้วคือยอมแพ้ ก็มีเพื่อนคนหนึ่ง ลูกเขาก็ป่วยเขาก็บอกว่า แม่เป็นอะไรไม่ได้นะ แม่ต้องเข้มแข็ง คือถ้าแม่เป็นอะไรไปคนหนึ่งบ้านแม่แย่งเลยนะป่วยกันหมดเลยนะ (ผู้ให้ข้อมูล ID 3 ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างประกบบนใบหน้า แล้วร้องไห้ก้มหน้าลง โดยไม่สามารถเล่าเหตุการณ์ต่อได้ เป็นระยะเวลาประมาณ 1 นาที: Field note ที่ 3)” (ID3P5L9-11)

“มันมีก็เหนียวบ้าง เราเหนียวทั้งกายทั้งใจ บางครั้งก็ท้อ แต่ถ้าเขาอาการดี ๆ ก็แบบมันก็มีความสุขกับการที่เราได้อยู่กับเขาค่ะ” (ID14P6L16-17)

2.2 เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น ผู้ดูแลหลักที่เคยมีประสบการณ์ในการเผชิญพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ดูแลหลักรู้สึกหวาดกลัวว่า ผู้ป่วยจะทำอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้มีปัญหาการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยรายละเอียดตามคำบอกเล่าปรากฏดังนี้

“บางทีเขาก็ไล่เราออกจากบ้าน (ซึ่งนี่ออกนอกลำตัว ทำที่คล้ายการขับไล่: Field note ที่ 4) เราก็ต้องไปนอนข้างบ้าน พอเขาสงบ เราก็เข้ามา เขาก็ถามว่าแม่ไปไหนมา ทำทำไมนอน...ถ้าโรงพยาบาลไม่รับไว้เราตายแน่เดี๋ยวเราจะตายก่อน เราจะตายก่อนคนข้างบ้านอีก” (ID4P5L11-13, P17L21)

“จิตใจเราก็เครียดไง เครียด กลัวจะไปอาละวาด แล้วรบกวนข้างบ้านเขา พอมีสายโทรศัพท์เข้ามาตอนกลางคืนเนี่ยไม่ว่าใครจะโทรหาก็กลัวว่าจะเป็นจากลูกเราไปอาละวาดทุกที” (ID10P10L1-2)

2.3 การดูแลมีค่าใช้จ่าย จากข้อมูลของผู้ป่วยในความดูแลของผู้ให้ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปี จนถึง 34 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่การวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงปัจจุบันตั้งแต่ 2-14 ครั้ง และใน 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติก่อพฤติกรรมรุนแรงตามการบันทึกในเวชระเบียนของโรงพยาบาลอยู่

ที่ 3 -4 ครั้ง ผู้ดูแลหลักต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง อีกทั้งการเดินทางมาโรงพยาบาลในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากกว่าช่วงที่อาการสงบ หากผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลหลักเองก็จะถูกเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นหรือเป็นคดีความ โดยมีรายละเอียดดังนี้

“เขาก็ขอเรียกร้องค่าเสียหายเพราะว่าหน้าเขาเป็นแผลเขาก็เรียกเยอะแหละแต่เราก็ไม่มีปัญญาให้เนอะ เพราะว่าเขาเรียกสามแสน แต่ทางทนายที่มูลนิธิเขาก็ช่วยเพราะว่าเขาสงสารเรานะ” (ID16P2L22-23)

“จะมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งเสียประมาณครั้งละ 3,000 บาทค่ะ เขาก็ขอแค่ค่านี้ แต่แม่ก็รู้แหละเคยให้อาสาช่วยเขาก็เอาเหมือนกันเขาก็แบบไม่ได้ระบุเป็นตัวเงินแต่เราก็รู้เขาพยายามพูดนู่นนี่นั่นมีค่านู่นค่านี้นั้น (ถอนหายใจภายหลังจากพูดจบประโยค สิ้นหน้าครุ่นคิด: Field note ที่ 3) แต่แม่ก็มีให้แค่นั้น” (ID3P8L2-4)

2.4 ไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลหลักไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังโดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ เพราะเกรงว่าผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอีก ผู้ดูแลหลักยอมหยุดงานประจำหรือหยุดขายของ เพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยดูแลอย่างใกล้ชิด ตามคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักดังนี้

“ช่วงที่น้องมีอาการคุณแม่หยุดขายของแล้ว ต้องมาอยู่ที่บ้านมาดูแลน้องตลอดไม่ให้ออกนอกสายตา” (ID13P4L8)

“มีวันหนึ่งที่เขามีอาการเยอะขึ้น ก็ต้องปิดร้าน แล้วบางทีลูกค้ามากินก็วยเดียว น้องเขาเสียงดังข้างบนบ้าน ลูกค้าก็จะถามว่า ใครเป็นอะไร อะไรแบบนี้” (ID14PL15-16)

2.5 การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้ บุคคลรอบข้างที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่างผลักไสผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลหลัก เพราะเกรงว่า อาจจะได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงซ้ำจากผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดของข้อมูลตามคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักดังนี้



“พอเราจะมารถเมลล์หรือรถโดยสารประจำทางอะไรอย่างเนี่ย กระเป๋าเมลล์ก็บอกว่า ถ้ารู้ว่าลูกคัมคั้งขนาดนี้พ้านั่งแท็กซี่มาเลย เรามองเงินในกระเป๋าเรามันไม่พอเพราะจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลมันก็ร่วม 100 บาทแล้ว (พูดด้วยน้ำเสียงที่เบาลงในช่วงท้ายของประโยค: Field Note ที่ 8)” (ID8P2L24-26)

2.6 อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม จากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยได้กระทำขึ้นในอดีต ทำให้ผู้ดูแลหลักไม่กล้าไว้ใจที่จะปล่อยผู้ป่วยไว้ลำพัง ผู้ดูแลหลักจึงลดการพบปะทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้

“วันนี้ก็เดินก็ไว้วายเสียงดัง ขึ้นรถไฟใต้ดินก็พูดคนเดียวจนเราอายเขา” (ID5P2L3-4)

“หนักใจ ยายก็หนักใจ ถ้าเขาเป็นอย่างนี้นะ แต่ตอนนี้ยายทำใจแล้ว แต่ก่อนไปไหนก็ห้วง ตอนนี้อย่าๆ กับว่าทำใจแล้ว” (ID15P5L14-15)

ประเด็นหลักที่ 3 ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ (Adjusting for living together)

ประสบการณ์ชีวิตด้านหนึ่งที่พบในผู้ดูแลหลักเหล่านี้คือ การพยายามหาวิธีปรับความคิด ปรับทัศนคติ และวิถีปฏิบัติ เพื่อให้ตนเองยังสามารถที่จะใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ ประกอบด้วย 4 ประเด็นรอง มีรายละเอียดดังนี้

3.1 สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักมีการตระหนักถึงหน้าที่และความสำคัญของตนในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง การดูแลผู้ป่วยเป็นดังคำมั่นสัญญาที่ตนเคยได้ให้ไว้ต่อบุคคลสำคัญก่อนเสียชีวิต เป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลยื่นหยัดและทำหน้าที่ตนเองต่อไปได้โดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดังปรากฏในข้อมูลตามคำบอกเล่าดังนี้

“แม่ก็คิดว่าจะรักษาลูกเท่าที่จะรักษาไหว แต่ถามว่าถ้าเราไม่รักษาเราเป็นแม่แล้วใครจะรักษาใครจะดูแล บางคนก็บอกว่าถ้าไม่รักดีก็ปล่อยมันไปเถอะอยาก

เป็นคนบ้าคนบอ คือเขาอำพูดได้ (ใช้นิ้วชี้ขวาชี้เข้าหาตัวพูดด้วยน้ำเสียงลั่นเครือ: Field Note ที่ 3) แต่เราทำไม่ได้เพราะเราเป็นแม่ไง” (ID3P6L24-26)

3.2 ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักรู้สึกสงสารเมื่อพิจารณาถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จึงใส่ใจดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและใส่ใจ อีกทั้งยังยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลยังคงที่จะดูแลผู้ป่วย เพราะรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้น ผู้ป่วยเป็นคนดี รายละเอียดตามข้อมูลดังนี้

“เราก็ออยู่กันไปแบบนี้ ...ฉันรับได้กับทุกสิ่งทุกอย่างที่เธอเป็น เพราะว่าเธอเป็นคนดี” (ID9P10L2)

“เรามีความรู้สึกว่าสงสารเขา เราต้องอดทนให้ได้มากที่สุดกับคนที่เป็นอย่างนี้” (ID14P4L21)

3.3 ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ ผู้ดูแลหลักพยายามนึกถึงเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ดีที่ผู้ป่วยเคยกระทำ เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักมีกำลังใจในการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้ ผู้ดูแลหลักจึงอยากที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม ดังปรากฏรายละเอียดดังข้อมูลต่อไปนี้

“อาการเขาต่างกับตอนนี้อย่างมากขนาดไหน ให้แม่นะ (ใช้มือข้างขวาจับบริเวณแขนข้างซ้าย ทำทางบิ๊บขึ้นและลง: Field Note ที่ 4) พอถึงเวลาที่โทรมาบอกว่าจะกลับบ้านนะ...พอเข้ามาเขาก็ดี ตอนยังมีสตินะ หุงข้าว หุงปลา ที่เขาให้มา อุ่นไว้” (ID4P6L18, P14L19-20)

3.4 สร้างความสงบในจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธทุกคน ผู้ดูแลหลักจึงมีการจัดการซึ่งความรู้สึกตนเองที่มีต่อปัญหาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักจะใช้ธรรมะในการประคับประคองจิตใจ ตลอดจนการทำสมาธิเพื่อให้ตนมีสติในการแก้ไขซึ่งปัญหา ตามคำบอกเล่าดังนี้

“จริง ๆ มันก็กระทบใจ แต่ไปฝึกสมาธิคะ ก็เลยแบบดีขึ้น รู้สึกดี ตอนนี้อยู่พระอธิการธรรมอยู่” (ID6P12L3)

“ตอนนี้ห้วงอย่างเดียวเรื่องเขา เรื่องอย่างอื่นช่างมัน เราอยู่ได้ คิดได้แล้วปลงคะ” (ID15P6L14-15)



ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Schizophrenic persons' violent behaviors managements)

ผู้วิจัยพยายามหาวิธีการป้องกันและรับมือ การเกิดพฤติกรรมและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิต ร่วมกับผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 ประเด็นรอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การจัดการ/ป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ดูแลหลักมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง โดยสังเกตได้จากอาการของผู้ป่วย เพื่อดำเนินการป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ดังข้อมูลที่ปรากฏต่อไปนี้

“เขาบอกว่าจะไปซื้อเป็นอาวุธมา เป็นมีดยาว เป็นคอกเลย เป็นมีดใหม่ แล้วก็ก้อน แม่เห็นแล้วก็คิดว่า เออมันไม่ใช่แล้ว คือเขาจะวางแผนอะไร ใครมาเขาก็จะวางแผน” (ID3P2L28-29)

“บางทีเห็นอาการเขาที่พูดคนเดียวแล้วไม่ยอมพาไหน กลัวจะอาละวาดที่ตลาดค่ะ” (ID14P6L20-21)

4.2 การเตรียมตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมอุปกรณ์ผูกมัดไว้ให้พร้อมตลอดจนจัดเก็บสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธ โดยมีรายละเอียดดังนี้

“เก็บของที่อันตรายออกพอมืออาการจะพามา โรงพยาบาลแต่ละครั้งก็ต้องมัดมา เราก็ใช้ผ้าฉีกค่ะ ถ้าใช้เชือกมันจะเจ็บ เทปใส กระดาษขาว หนังกูเตรียมพร้อมไว้แล้วกับพ่อเลี้ยงของเขา” (ID2P6L6-7)

4.3 จัดการในส่วนที่เป็นสาเหตุ

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกล่าวเตือนเพื่อห้ามผู้ป่วยใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักจะกล่าวห้ามการใช้ยาเสพติดในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ หรือขอให้ลดปริมาณลงการใช้สารเสพติดลง นำไปสู่การตั้งข้อตกลงในการลดปริมาณสารเสพติดที่อนุญาตให้ใช้ต่อวัน ดังข้อมูลตามคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...แล้วเราก็ต้องปรับต้องเปลี่ยน Style ความคิดใหม่ เราก็ต้องอยู่กับมันให้ได้ว่า ก็เลยบอกไปว่าถ้าอยากเสพก็เสพไปถ้าเลิกไม่ได้ก็ลดได้ใหม่ คือเราเป็นคนที่ค่อนข้างพูดตรงๆกับเขา” (ID2P3L11-12)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักมีการกำกับติดตามการรับประทานยา และการป้องกันการทิ้งยาของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับยาตามแผนการรักษา โดยการใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลโน้มน้าวให้รับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“บางทีต้องเอาไปผายไปส่องนะ เราจะเห็นตรงข้าง ๆ กระพุ่มแก้มค่ะ ว่ามีเม็ดยาใหม่” (ID14P3L21)

4.4 แสวงหาวิธีการรักษา/การบำบัดตาม

ความเชื่ออื่น ๆ การจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพและการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งการรักษาในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ดีขึ้น แม้ว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องงานและไม่มีรายได้ แต่ผู้ดูแลหลักก็ได้มีการยืมเงินจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อใช้ในการรักษาอาการของผู้ป่วยดังข้อมูลนี้

“ตอนนั้นไปดูพระ ที่ว่าสนิทๆกัน เขาก็นั่งทางใน เขาบอกว่าลูกไปเอาของอะโรมา มันก็เลยเป็นเยอะเข้าไปอีก ให้เราไปแก้ ไปแก้ถึงลพบุรีนะ” (ID5P10L4-5)

“ตอนนี้อายุ 45 (ปี) รักษามาตั้งแต่ 25 (ปี) จนปานนี้ กินยาตลอด ฉีดยา เป็นเยอะๆก็... (ชื่อโรงพยาบาล) ผ่านมาแล้วทั้งนั้นแหละ ที่ไหนที่ไหน แต่ตอนนี้หลักๆเราอยู่ที่กรุงเทพไง ก็มาที่นั่นค่ะ” (ID5P1L12-13)

4.5 หลีกเลี่ยง/นิ่งเฉยต่อพฤติกรรมเอะอะ

โยววาย ผู้ดูแลหลักมีการหลบเลี่ยงเป็นหนึ่งในวิธีการตอบสนองต่อปัญหาที่ผู้ดูแลหลักเลือกใช้ ผู้ดูแลหลักยังเลือกการตอบสนองเมื่อเผชิญต่อเหตุรุนแรงจนรู้สึกโกรธ แต่เลือกไม่ตอบโต้ ผู้ดูแลหลักพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เป็นปกติแม้จะผ่านพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย ซึ่งปรากฏตามคำบอกเล่าดังนี้



“หนูก็กลัวเขามาปาดคอซิ (ใช้นิ้วชี้ช่วยลากผ่านลำคอ: Field Note ที่ 4) หนูดู TV ที่คนบ้านมันคลัง หนูต้องมานอนบ้านของคนข้างบ้านบ้างก็แล้วกันถ้าเขาคลั่งเมื่อไหร่” (ID4P5L15)

“พอเขาเริ่มโวยวายเสียงดังขึ้น เราก็พยายามทำตัวให้เป็นปกติคะ” (ID1P6L6)

4.6 จัดการที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย
ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อมุ่งเน้นในการป้องกันการเกิดอันตรายที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยมีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยการตอบโต้กลับทันทีเช่นพูดดู หรือ ทำร้ายร่างกายกัน โดยมีข้อมูลปรากฏดังต่อไปนี้

“มาโรงพยาบาลแต่ละครั้งนี่ต้องลงมือตลอด แล้วก็ที่นั่นหนะพอเขามีอาการจะตียาย ผม แพนผม และ น้าชายมาช่วยกันจับมัน มันต่าผมสาระพัด ผมก็ต้อยเลย จับกดคอ ผมต้อย แล้วก็มัดมือ...ผมก็บอกมันว่า อย่าทำร้ายยายนะ ตายอย่างเดียวเลยนะ ผมก็ว่าอย่างนี้เลยอย่าแตะนะ” (ID12P4L13-14)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ผลการศึกษาสามารถอธิบายถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ว่าเป็นอย่างไร มีประเด็นหลักที่ได้อภิปรายดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความปลอดภัย แม้ว่าจะมีสิ่งที่คุณดูแลหลักต้องอดทนยอมรับเกิดขึ้นอย่างมาก แต่ผู้ดูแลหลักเหล่านั้นยังคงอดทนทำหน้าที่อยู่ได้เพราะผู้ดูแลนั้นยอมรับการรุกรานของผู้ป่วยจิตเภทขณะมีพฤติกรรมรุนแรงได้เสมอจากการรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้นผู้ป่วยนั้นเป็นคนดี ตลอดจนการทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย⁶ ยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลหลักอดทนทำหน้าที่ของตนต่อไปได้¹⁶ ผู้ดูแลหลักเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบสอดคล้องกับงานวิจัยของ Öz et al¹⁷ กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวถือเป็นปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก ต้องใช้ชีวิตด้วยความอดทนมาโดยตลอด

ประเด็นหลักที่ 2 ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อชีวิตของผู้ดูแลหลัก พบว่า เหนือสิ่งอื่นจากการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงเป็นที่พึ่งของทุกคนในครอบครัวด้วยเช่นกัน⁸ เป็นผลทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกเหนื่อยทั้งจากการที่ต้องคอยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ยิ่งไปกว่านั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อยย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลัก⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanzawa et al¹⁸ ที่ได้กล่าวถึง ความรู้สึกเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งจากการที่ต้องคอยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ยิ่งไปกว่านั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย **เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น** ถือว่า เป็นผลกระทบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย เนื่องจาก สภาพอารมณ์ของผู้ดูแลหลักนั้นมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน⁹ เป็นผลกระทบที่พบเจอได้มากที่สุด ผู้ดูแลหลักมีความกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับสูงเนื่องมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท¹⁸ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่อาจก่อผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น จนก่อให้เกิดความเครียดต่อการรับมือกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่⁵ **การดูแลมีค่าใช้จ่าย** นั้น ประกอบด้วยการสูญเสียรายได้จากการที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ได้เพราะต้องคอยดูแลสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมิให้เป็นอันตรายต่อผู้อื่น⁶ อีกทั้งผู้ดูแลหลักต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเสียหายต่าง ๆ¹⁷ อันเกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ส่งผลให้ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ **ไม่สามารถทำงานได้ในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง** ซึ่งเป็นผลกระทบที่พบได้ในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จากประวัติพฤติกรรมรุนแรงที่ผ่านมาของผู้ป่วยนั้น เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังโดย



เฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ⁷ ต้องดูแลใกล้ชิดจนไม่สามารถไปทำงานได้จนทำให้ขาดรายได้จึงเป็นปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก⁵ การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้ เกิดจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งแสดงถึงความไม่รู้และความเข้าใจผิดพลาดของสังคมต่อโรคจิตเภท และบทบาทของสื่อในการนำเสนอข้อมูลอันเป็นการกระตุ้นความเหยียดหยามทั้งต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก⁸ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการรุนแรงหรือหงุดหงิดรุนแรงกับสมาชิกในบ้าน ก็ส่งผลให้ชุมชนเกิดความหวาดกลัว จนนำไปสู่การถูกตีตราในผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็นบุคคลวิกลจริต ผู้ดูแลเองก็ถูกต่อว่าจากผู้อื่นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาด้วยเช่นกัน⁶ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมด้วยเช่นกัน¹⁷ **อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม** ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทจะลดการพบปะผู้คนนอกบ้าน เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยจิตเภทความคิดเห็นฟุ้งซ่าน ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น และป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่อาการทางจิตกำเริบ¹⁷ ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักนั้นเผชิญความโดดเดี่ยวทางสังคม⁹ ไม่ต้องการให้บุคคลอื่นรับรู้อาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและสะท้อนขวัญต่อสังคมนำมาซึ่งความอับอายต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย⁶

ประเด็นหลักที่ 3 ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ (Adjusting for living together) การปรับตัวของผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ถือเป็นความพยายามของบุคคลที่พยายามที่จะปรับตัวทางด้านพฤติกรรม จิตใจ และสังคม โดย **สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก** แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักเห็นคุณค่าของตนเองต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแลตลอดจนการยอมรับในตัวผู้ป่วยจิตเภท⁸ การดูแลผู้ป่วยเป็นดังคำมั่นสัญญาที่ตนเคยได้ให้ไว้ต่อบุคคลสำคัญก่อน

เสียชีวิตซึ่งถือว่าการเสริมสร้างความผูกพันกับผู้ได้รับการดูแลเพื่อเพิ่มแรงใจ¹⁶ เป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลยื่นหยัดและทำหน้าที่ตนเองต่อไปได้โดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย⁶ **ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย** การที่ผู้ดูแลหลักยอมรับการรุกรานของผู้ป่วยจิตเภทขณะมีพฤติกรรมรุนแรงได้นั้น เพราะรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้นผู้ป่วยนั้นเป็นคนดี ตลอดจนการทำให้ยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย⁶ ผู้ดูแลมีการทำให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะมีความหลากหลายของความทุกข์ถ้าโถมเข้ามาในชีวิตจึงทำให้ผู้ดูแลยินดีที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและเห็นอกเห็นใจอย่างแท้จริง¹⁶ **ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ** เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักมีกำลังใจในการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้ ซึ่งเป็นสะท้อนความรู้สึกเชิงบวกกลับมายังผู้ดูแลหลัก¹⁰ ผู้ดูแลหลักจึงอยากที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นกว่าเดิม¹⁶ และ **สร้างความสงบในจิตใจ** ซึ่งผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธทุกคน ดังนั้นจึงมีการจัดการซึ่งความรู้สึกตนเองที่มีต่อปัญหาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยการนั่งสมาธิเพื่อให้ตนมีสติในการแก้ไขซึ่งปัญหา และคลายความทุกข์ที่เผชิญจนก่อเป็นความรู้สึกที่ดีขึ้น⁶

ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย การป้องกันพฤติกรรมรุนแรงก่อนการเกิดปัญหา¹⁷ ตลอดจน การจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เช่น กล่าวห้ามผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดซึ่งสอดคล้องกับ Witt et al³ โดยผู้ดูแลหลักจะกล่าวห้ามการใช้ยาเสพติดในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ นำไปสู่การตั้งข้อตกลงปริมาณสารเสพติดที่ใช้ต่อวัน และการจัดการที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย เพื่อให้อาการของโรคจิตเภทนั้นสงบลง ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ Neha et al⁶ ที่พบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยมีการลงมือทำร้ายผู้ป่วยกลับทันที



สรุป

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ถึงแม้ว่าจะประกอบไปด้วยผลกระทบในด้านต่างๆ ของชีวิตผู้ดูแลเป็นอย่างมาก แต่ผู้ดูแลหลักยังคงทำหน้าที่ของตนด้วยความอดทนเป็นอย่างสูง โดยผู้ดูแลหลักพยายามหาวิธีการต่าง ๆ ในการปรับตัวต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการหาวิธีการรับมือต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนยังคงอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ต่อไป

ข้อจำกัด การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงและอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นไม่สามารถอ้างอิงไปสู่ประชากรทั้งหมดได้ สามารถอ้างอิงสู่ผู้ให้ข้อมูลเฉพาะกลุ่มได้เท่านั้น

ข้อเสนอแนะ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้ค่อนข้างจำกัด

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้อย่างทั่วถึง ตลอดจนควรมีการพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนการสนับสนุนด้านจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป สำหรับการศึกษาคั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มสถานที่การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเยี่ยมบ้านของผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลหากสถานที่ให้ข้อมูลนั้นเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการเข้าใจถึงลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมโดยรอบของครอบครัวผู้ดูแลหลักด้วยเช่นกัน

References

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. [Geneva, Switzerland]: World Health Organization; 2022 Jan 10. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. Department of mental health, Ministry of public health. Reports of patients receiving psychiatric services from data from the central system for providing psychiatric patient services in Thailand. Nonthaburi: Department of mental health; 2022 [updated 10 February. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh>. (In Thai)
3. Witt K, Van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS one*. 2013;8(2):1-15.
4. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: sage; 1985. 416 p.
5. Stithyudhakarn S. Depression in Patients with Schizophrenia: Special Issue in Nursing Practice. *J Nursing Science Chulalongkorn University*. 2018; 30(3); 1-13. (In Thai)
6. Neha A, Gandhi S, Manjula M, Padmavathi N. Caregivers' experiences of aggressive persons with schizophrenia. *Indian J Psychol Med*. 2021;43(1):10-5.
7. Issac A, Nayak SG, Yesodharan R, Sequira L. Needs, challenges, and coping strategies among primary caregivers of schizophrenia



- patients: A systematic review & meta-synthesis. *Arch Psychiatr Nurs.* 2022;41:317–32.
8. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry.* 2015;15(1):1-11.
 9. Imkome E, Waraassawapati K. Perspectives and Experiences of Primary Caregivers of Individuals with Schizophrenia in Thailand. *Mental Health Nurs.* 2018;39(10):858–64.
 10. Hsu MC, Tu CH. Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent–child dyads. *J. Adv. Nurs.* 2014;70(2):336-49.
 11. Thongtup P, Sawangchareon S. Schizophrenia person' violent behavior and Family management in Thailand. *Thai J. Nurs, North-Eastern Division.* 2013;31(4), 121-128.
 12. Heidegger M. *Being and Time*, tr. John Macquarrie and Edward Robinson. Oxford: Blackwell Publishing.1962; 176:137.
 13. Srichannil C. Interpretative Phenomenological Analysis: Quality Criteria. *Humansciences.* 2562;20(1):1-25. (In Thai)
 14. Saenggnern B. Experience 2020 [updated 18 December]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/687559>. (In Thai)
 15. Van Manen M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy.* London, Ont.: Althouse Press, 1990. 202 p.
 16. Upasen R, Saengpanya W. Compassion fatigue among family caregivers of schizophrenic patients. *JPSS.* 2022;30(1):1-17.
 17. Öz YC, Duran S, Incedere A. Requirements of caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study in Turkey. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2022;41:81-6.
 18. Duangpanya N. and Dangdomyouth P. Experiences of primary caregivers in caring of non-relapse schizophrenic patients. *J Nursing Science Chulalongkorn University* 2020;32(2):43-54.



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ (ปรับปรุง มกราคม 2565)

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิชาการทางการแพทย์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยบทความต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ด้วยระบบการพิจารณาแบบ Double Blind Review

จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผลงานที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับตามเกณฑ์ของวารสาร กรณีที่บทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้แต่งจะต้องเป็นสมาชิกของวารสารฯ 2 ปี

ชนิดของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ (article) ทางการพยาบาล
2. บทความวิจัย (research article) ทางการพยาบาล
3. บทความปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับ

1. องค์ประกอบของบทความมีดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนทุกคน เป็นภาษาไทย พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และให้ระบุหน่วยงานของผู้แต่งชื่อแรกไว้ได้ชื่อผู้เขียน 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** ประกอบด้วยหัวข้อและการอธิบายถึง แบบแผนงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

- **ผลการวิจัย** เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน เสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิเมื่อจำเป็น

- **อภิปรายผล** อธิบายถึงเหตุผลของผลการวิจัยที่พบ (ทั้งที่เป็นและไม่เป็นตามสมมติฐานการวิจัย) โดยกล่าวอ้างถึงแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นำผลงานวิจัยของผู้อื่น มาสนับสนุนผลการวิจัยอย่างเหมาะสมสอดคล้อง

- **ข้อเสนอแนะ** ในการนำผลการวิจัยไปใช้ และประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป

- **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) ระบุผู้ให้ทุนและผู้ที่ต้องการแสดงความขอบคุณ สันกระชับและได้ใจความ

- **Reference** ใช้ระบบ Vancouver ควรมีความทันสมัย 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 หัวข้อใหญ่สุดต้องพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย 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 ซึ่งจะใช้เวลาพิจารณาประมาณ 4 สัปดาห์ จากนั้นจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบ

4. บทความที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์จะต้องจ่ายค่าตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ตามที่วารสารพยาบาลศาสตร์กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ นันทไทยทวีกุล (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : รัชกฤศ ยูพากิ่ง

✉ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

☎ โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130

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



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบสมัคร

สมาชิกวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ประเภท บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)

หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน

โทรศัพท์ email

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)

.....

.....

.....

มีความประสงค์จะ สมัครสมาชิกใหม่ ปี ต่ออายุสมาชิก ปี

ค่าสมาชิก 1 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

โดยสมาชิกสามารถอ่าน และ Download วารสารฉบับ ONLINE 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.



กองบรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศริตพรพรฯ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยวิกุล (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : รัชกฤศ ยุพากิ่ง

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

รายนามคณาจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ	ทาโต
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา	วิฑูมา
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี	วิเศษฤทธิ
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์	สาส์ตย์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร	ธนศิลป์
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ	อ่วมธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ	พัทธอง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ	นันทไทยทวีกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย	ศุภเมธภาพร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา	แดงด้อมยุทธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร	อุปเสน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร	สถิตยुทธการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา	ปรีชาวงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา	สุขตระกูล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์	ตรี নয়
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล	โรจนาวี
อ.ดร.กาญจณี	พันธุ์ไพโรจน์
อ.ดร.ชลลดา	จงสมจิตต์
อ.ดร.ศกุนตลา	อนุเรื่อง
อ.ดร.ศิรินภา	จิตติมณี
อ.ดร.เนตรรัชนี	กมลรัตนานันท์
อ.ภาวิณี	ชัยกลาง
อ.สินีนาท	วราโภค
อ.ณิศาทิพย์	ดาราช
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา	ประจุกิลป์ (ผอ.ศูนย์บริการวิชาการ)

