



วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

JNRIH

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2567 | Vol 36 No. 3 September-December 2024

ISSN 3056-9893 (Online)

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health



วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ 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 : jnsu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร 02-218-1130
- พิมพ์ที่** สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567

ที่ปรึกษา (Editorial advisor) ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต (Prof. Dr. Ratsiri Thato) รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดี (Assoc.Maj. Gen. Dr. Saisamorn Chaleoykitti)	
บรรณาธิการ (Editor) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล (Assist. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanat Nunthaitaweekul)	
กองบรรณาธิการ (Editorial board)	
ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทยานนท์ (Prof. Dr. Pranorm Otaganon)	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์ (Prof. Dr. Veena Jirapaet)	นักวิชาการอิสระ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียมล รัชกุล (Assist. Prof. Dr. Pregamol Rutchanagul)	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พงผกา กริทอง (Assist. Prof. Dr. Puangpaka Kreethong)	คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการุณย มหาวิทยาลัยวชิราวุธราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทกานต์ กาญจนเวทังค์ (Assist. Prof. Dr. Jantakarn Kanjanawetang)	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คัทลิยา ศิริภัทรากุล แสนหลวง (Assist. Prof. Dr. Cattaliya Siripattarakul Sanluang)	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา อุรัตนมณี (Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)	วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.สุฤดี ธิษสงคารสกุล (Assist. Prof. Pol.Col. Dr. Sookruadee Thutsaringkarnsakul)	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาโสภณ (Assist. Prof. Dr.Thanakorn Panyasaisophon)	คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา
Dr. Virya Koy	Deputy Director of Department of Hospital Services Chief Nursing Officer/Nursing Focal Person in Cambodia for WHO-WPRO Wikes University at Pennsylvania and South University, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Dr. Maneewan S. Seay Florida (Part time)	
รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ (Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (Assist. Prof. Dr. Pennapa Dangdomyouth)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ (Assist. Prof. Dr. Sunida Preechawong)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง (Assist. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายรัชกฤศ ยูพากิ่ง (Mr. Ratchakris Yupaking)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
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)	
บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารฯ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย The Journal of Nursing Science is a peer-reviewed journal, ideas and opinions expressed in are those of the authors and not necessarily those of the editor and the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.	

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567

สารบัญ	หน้า	Contents
บทความวิชาการ	Page	
ความท้าทายในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายใน วาระสุดท้ายของชีวิต (living will) ในผู้ที่เป็นมะเร็ง อติพงศ์ มุณีโน รัตติยา ไชยชมภู	1	The challenges in making a living will in a person with cancer <i>Athipong Muneeno Rattiya Chaichompoo</i>
การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในระยยะสุดท้ายของชีวิต ในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ : ประเด็นที่ ท้าทายในการจัดการของพยาบาลวิชาชีพ ชัชพงศ์ สมุทราลัย นวกัทธ คงดี้ โชติกา ธนมี ธัญญามาศ เพชรบูรณ์ กัมปนาท พุทธรัสสุ วาสนี วิเศษฤทธิ์	14	Ethical Decision- Making in End-of-Life care for Gender-Diverse Individuals: Challenges in Professional Nursing Management <i>Chatchapong Samutalai Nawapat Kongdee Chotika thanamee Thunyamas Petchboon Kumpanart Puttrarassu Wasinee Wisesrith</i>
บทความวิจัย		
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมอง นิภาพรณ เที่ยงหนู สุรีพร ธนศิลป์	26	Factors predicting quality of life among family caregivers of stroke survivors <i>Niphaphon Thiangnu sureeporn thanasilp</i>
ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้น ในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดัน โลหิตสูง ชนกนันท์ คั่นระยงค์ ศกุนตลา อนูเรือง ศิริพันธ์ุ สาสัตย์	38	Selected Factors Related to Patient Activation Among Older Buddhist Monks with Hypertension <i>Chanoknunt Kuntayunt Sakuntala Anuruang Siriphan Sasat</i>

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567

สารบัญ	หน้า	Contents
บทความวิจัย	Page	
การพัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้อง เจลสมุนไพรประคบเย็นเพื่อบรรเทาปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง : การศึกษาความเป็นไปได้ ณัฐพงศ์ จันมาลา รัตน์ศิริ ทาโต	52	Development and Pilot Testing of a Thai Herbal Cold Compression Abdominal Binder for Abdominal Pain Relief in Open Abdominal Surgery Patients: Feasibility Study <i>Nattapong Channmala</i> <i>Ratsiri Thato</i>
การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และ หมอนวดแผนไทยชุมชน ในชุมชน รวินันท์ นุชศิลป์ เพชรธยา แบนวงษา ปริญญ์กร สิงหาบุตร พัชรินทร์ จันทร์หอม	66	Development of a Model for Caring for Osteoarthritis in the Community by Nurse Practitioners, Thai Traditional Medicine Practitioners, and Thai Community Masseuses <i>Ravinun Nuchasilp</i> <i>Pattaya Panvongsa</i> <i>Pariyachat Singhabut</i> <i>Phatcharin Chanhom</i>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต ของผู้ป่วยโรคจิตเภท อภิวิาท ศรีกาสิ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธิ์	86	Factors Related to Burnout of Spouses of Schizophrenic Patients <i>Apiwart Srikasi</i> <i>Pennapa Dangdomyouth</i>
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบ สนับสนุนของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ อุทุมพร ศิริงาม นพมาศ พัดทอง	99	Selected Factors Associated with Supportive Care Needs in Newly Diagnosed Breast Cancer Persons <i>Uthumporn Siringam</i> <i>Noppamat Pudtong</i>

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรมและสุขภาพ (Journal of Nursing Research, Innovation, and Health: JNRIH) ISSN 3056-9893 (Online) ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 (2567) ยังคงคำนึงถึงคุณภาพความรู้ เช่นเดิม บทความวิชาการและบทความวิจัยได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (doble blinded)

ปัจจุบันวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรมและสุขภาพ เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (Health Sciences) ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร สามารถส่งบทความวิชาการ (article) รายงานการวิจัย (research article) บทความงานสร้างสรรค์ (creative article) บทความปริทัศน์ (review article) บทความการวิเคราะห์อภิมาน (metanalysis article) บทความพิเศษ (special article) เพื่อตีพิมพ์ โปรดส่งผ่านระบบวารสาร online ของ Thaijo และ Scholar one สามารถสอบถามรายละเอียดการส่งบทความได้ที่กองจัดการวารสาร โทร 02-218-1129, email: juscua@chula.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรมและสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้สนับสนุนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสร้างสรรค์บทความพิจารณากลั่นกรอง ให้ข้อเสนอแนะบทความเพื่อให้มีผลงานที่มีคุณภาพ เป็นแหล่งองค์ความรู้ และเชื่อมโยงการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง สร้างเครือข่ายความร่วมมือในองค์กรทางการศึกษา วิชาการและวิจัย เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สังคมและโลกอย่างยั่งยืนต่อไป

ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ นันไทยวิกุล
บรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรมและสุขภาพ



บทความวิชาการ

ความท้าทายในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (living will) ในผู้ที่เป็นมะเร็ง

อธิพงศ์ มณีโน* รัตติยา ไชยชมภู**

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ 906 ถนน กำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

บทคัดย่อ

ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยอาจไม่สามารถสื่อสารหรือตัดสินใจเองได้ การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา มักตกไปอยู่กับผู้อื่น ซึ่งอาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนา จะดีกว่าหรือไม่หากผู้ป่วยมีการวางแผนและเลือกแนวทางการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้าด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (living will) ซึ่งนับว่ามีความท้าทายเป็นอย่างมากในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็งที่แตกต่างออกไปจากกลุ่มโรคอื่นเป็นอย่างมาก บทความนี้นำเสนอผ่านการทบทวนวรรณกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงความท้าทายในหลากหลายแง่มุม อุปสรรคของผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีผลต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ และอธิบายถึงบทบาทของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ หนึ่งในนั้นคือบทบาทของพยาบาล ในการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองล่วงหน้าของผู้ที่เป็นมะเร็ง ด้วยพื้นฐานของข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เพื่อสนับสนุน อำนวยความสะดวกให้ได้รับการรักษา การพยาบาล และการดูแลจากครอบครัว ตามเจตนาของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การพัฒนาขับเคลื่อนประเด็นการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้เป็นที่ยอมรับในวงกว้างของบุคคลในสังคมต่อไป และเกิดประโยชน์สูงสุดกับทุกชีวิต

คำสำคัญ: หนังสือแสดงเจตนาฯ/ การวางแผนดูแลล่วงหน้า/ ผู้ที่เป็นมะเร็ง



The challenges in making a living will in a person with cancer

Athipong Muneeno* Rattiya Chaichompoo**

Abstract

During the final stages of life, the patient may lose the ability to communicate, leaving important care decisions in the hands of others. However, these decisions may not align with the patient's wishes. It is crucial for the patient to have a plan and to establish care directives for the end of life in advance. For individuals with cancer, creating a living will can be particularly challenging compared to other disease groups. This article presents a comprehensive review of the literature, aiming to describe the various challenges faced by individuals with cancer. It discusses the obstacles that hinder the preparation of advance directives and elucidates the role of healthcare providers, including nurses, in supporting the decision-making process for people with cancer to choose advanced self-care strategies. Armed with a solid understanding of the illness and the correct knowledge, I intend to create an advance directive to guide and facilitate my treatment, nursing care, and family care in line with my intentions. This endeavor seeks to promote the development and widespread acceptance of advance directives for end-of-life care within society, ultimately benefitting many lives.

Keywords: Living will/ advance care planning/ person with cancer



บทนำ

มะเร็งเป็นกลุ่มโรคที่ซับซ้อนและมีหลายแง่มุม ยังคงเป็นความท้าทายด้านสุขภาพที่สำคัญระดับโลก ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้เผยแพร่ตัวเลขแสดงสถานการณ์โรคมะเร็งใน 115 ประเทศทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่ประมาณ 20 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นับ 9.7 ล้านคน¹ ในปีเดียวกันสถิติทะเบียนมะเร็งในประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติรายงานว่า มีผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่กว่า 140,000 คน หรือประมาณ 400 คน ต่อวัน และเสียชีวิตประมาณ 83,000 คน² ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิต เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ และความทุกข์ทางใจ ทำให้ผู้ป่วยหวาดผวา และกลัวตาย โดยเฉพาะกลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานก่อนตาย³ ทั้งนี้ เมื่อโรคมะเร็งมีการลุกลามหรืออยู่ในระยะที่โรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ความรุนแรงของโรคและอาการรบกวนก็จะมากตามไปด้วย แม้ว่าปัจจุบันจะมีวิทยาการการรักษาโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพและช่วยยืดระยะเวลาชีวิตของผู้ป่วยได้ไม่มาก จะเป็นการรักษาด้วยยามุ่งเป้า (targeted therapy) หรือการรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) อย่างไรก็ตามพบว่า ผลการรักษาเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยาก ดังนั้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและปรับเป้าหมายของการรักษาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญ⁴ เนื่องจากบุคคลควรได้รับการเคารพในความเป็นเอกสิทธิ์ (Autonomy) และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้ แม้อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต⁴

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) คือกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตโดยแผนดังกล่าวอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ อาจใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีม

บุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำแผนการดูแลด้วยตนเอง โดยมีองค์ประกอบ 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่

- 1) ความต้องการของผู้ป่วย (patient preference)
- 2) การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเมื่อไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอในการตัดสินใจ (advance decisions) และ 3) การเลือกบุคคลใกล้ชิดแสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ (proxy nomination) โดยภายหลังได้ข้อสรุปของการวางแผนดูแลล่วงหน้า ควรมีการบันทึกเอกสารไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารสำหรับทีมที่ให้การดูแล รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ซึ่งเอกสารที่ได้รับการยอมรับและมีผลตามกฎหมายเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตคือ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เรียกโดยย่อคือ หนังสือแสดงเจตนา (Living Will) (ตามประกาศของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565)⁵ โดยมีการใช้เป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1976 เพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการยอมรับหรือปฏิเสธกระบวนการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิตหรือยืดความตายออกไป ก่อนจะมีการใช้แพร่หลายไปยังประเทศอื่น ๆ

สำหรับประเทศไทย มีการผลักดันให้เกิดหนังสือแสดงเจตนา ที่มีผลบังคับใช้ตามกฎหมายโดยปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 โดยมีสาระสำคัญคือ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้⁶ และผลักดันเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ เข้าถึงชุมชน ครอบครัวทุกโรค ทุกช่วงวัย ซึ่งเป็นความท้าทายในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง อย่างไรก็ตามความรู้เหล่านี้ยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายและมีการทำหนังสือแสดงเจตนา น้อย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา



พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งมีการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เพียงร้อยละ 37.2 โดยส่วนใหญ่ยังไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ด้วยเหตุผลที่ว่าไม่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ ร้อยละ 73.45 ยังไม่ยักคิดถึงเรื่องนี้ ร้อยละ 21.24 และคิดว่าไม่จำเป็นเพราะมีผู้ดูแล ร้อยละ 5.31 ตามลำดับ⁷ ซึ่งในบริบทของประเทศไทย มีประเด็นท้าทายหลายประการในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็งที่ส่งผลให้การวางแผนดูแลล่วงหน้า รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในปัจจุบันยังไม่มีประสิทธิภาพสำเร็จเท่าที่ควร⁸ ในบทความนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ของผู้ที่เป็นมะเร็งในมิติกฎหมาย มิติจิตใจ/จิตวิญญาณ และมิติทางการแพทย์ รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการครั้งสุดท้ายโดยสรุปในแต่ละประเด็นต่อไปนี้

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (living will)

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต เรียกโดยย่อคือ หนังสือแสดงเจตนาฯ หรือ living will ในภาษาอังกฤษ มีความหมายโดยอ้างตามความในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่บัญญัติให้ “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบ” ความมุ่งหมายของบทบัญญัติดังกล่าว มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีทางการแพทย์⁹

โดยแสง บุญเฉลิมวิภาส⁹ ได้อธิบายหลักการของหนังสือแสดงเจตนาฯ ในมาตรา 12 ไว้ดังนี้

1. เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและจะต้องจากไป ขอจากไปตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาพ่นธนาการร่างกายไว้เพื่อยืดความตายออกไป

2. มิใช่บทบัญญัติที่บุคคลใดสามารถเร่งการตายได้ กล่าวคือ มิใช่เรื่องของการฉกฉวยหรือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นยังไม่สามารถกระทำได้ในประเทศ

3. ใช้เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น หากเป็นกรณีที่รักษาได้ก็จะต้องรักษาตามปกติ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ ว่า ไม่ประสงค์จะให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ประสงค์ให้เจาะคอ หากวันหนึ่งประสบอุบัติเหตุและอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัว มีผู้นำส่งยังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินจำเป็นจะต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยชีวิต จะใส่ได้หรือไม่หรือต้องทำตามเจตนาของผู้ป่วยที่เขียนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยหลักการของหนังสือแสดงเจตนาฯ ใช้เฉพาะเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต หากเป็นกรณีทั่วไปหรือกรณีฉุกเฉินที่จะต้องช่วยชีวิต ก็เป็นเรื่องที่ต้องรักษาพยาบาลกันไปตามความรู้และจริยธรรมวิชาชีพ

4. หากแพทย์ทำตามหนังสือแสดงเจตนาฯ กฎหมายได้บัญญัติรองรับไว้แล้วว่าการกระทำของแพทย์ไม่มีความผิดใด ๆ

5. เมื่อหนังสือแสดงเจตนาฯ เสร็จจริงจะถ่ายสำเนาและเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากนั้นให้นำสำเนานี้ไปแนบไว้กับเวชระเบียนในโรงพยาบาลที่ไปรักษาเป็นประจำ แพทย์ท่านใดที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเวลานั้นก็จะทราบความประสงค์ของผู้ป่วยได้ ส่วนหนังสือแสดงเจตนาฯ ฉบับจริงควรจะเก็บไว้กับตัวเอง



6. การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลต่อไป สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย แม้แพทย์จะไม่สามารถให้การรักษาให้หายจากโรคได้แต่โดยจริยธรรมแห่งวิชาชีพยังคงให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบซึ่งตามนิยามที่เขียนไว้

เนื้อหาของการทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้สิ่งระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนา มีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวตามกฎหมายกระทรวงข้อ 3 ตามมาตรา 12 จึงควรระบุรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และพยาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนและพยาน และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้เขียน ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้เขียน เพื่อความสะดวกในการติดต่อ ควรมีพยานรู้เห็นด้วยเพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าวในกรณีที่มิชอบสงสัยเรื่องความถูกต้องโดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวญาติ คนใกล้ชิดหรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ แต่หากไม่มีพยานก็มิได้ทำให้หนังสือนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใด

2. วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือ มีความสำคัญเนื่องจากทำให้ทราบว่าหนังสือฉบับใดเป็นฉบับล่าสุดถ้ามีการแก้ไขเนื้อหาหรือเจตนาในหนังสือดังกล่าว

3. ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ เช่น การรักษาที่เกินความจำเป็น (futile treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว หรือการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

4. สามารถระบุชื่อบุคคลใกล้ชิดในหนังสือดังกล่าว เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของ

ผู้ทำหนังสือที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน และมีส่วนร่วมปรึกษาหารือกับแพทย์ ผู้ที่ทำหน้าที่นี้อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวญาติหรือคนใกล้ชิด เพื่อน หรือผู้ที่เคารพ นับถือ ไว้วางใจก็ได้ โดยควรมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์

5. ระบุความประสงค์อื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การขอไปเสียชีวิตที่บ้าน การเยียวยาทางจิตใจ การปฏิบัติตามประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา การเตรียมพร้อมทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้สถานบริการสาธารณสุขจะอำนวยความสะดวกได้ตามความเหมาะสม

ความสำคัญของการทำหนังสือแสดงเจตนาในผู้ที่เป็นมะเร็ง

การทำหนังสือแสดงเจตนา ผ่านกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้ามีความสำคัญยิ่งต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง เนื่องจากธรรมชาติของโรคและการรักษาที่คาดเดาไม่ได้และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพอย่างรวดเร็ว¹⁰⁻¹¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหวั่นไหว สิ้นหวัง กลัวอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น กลัวการพลัดพรากและอื่น ๆ เป็นระยะเวลานานจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในชีวิตที่ต้องดำเนินไปพร้อมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ที่เป็นมะเร็งอาจเผชิญกับการตัดสินใจที่ยากลำบากเกี่ยวกับการรักษาอย่างเข้มข้น การดูแลแบบประคับประคอง และทางเลือกหากช่วงสุดท้ายของชีวิตเดินทางมาถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงควรทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้มั่นใจว่าการรักษาพยาบาลที่ตนต้องการจะได้รับการเคารพและปฏิบัติตาม แม้ว่าจะไม่สามารถแจ้งความต้องการของตนเองได้ก็ตาม หนังสือแสดงเจตนา มีความสำคัญด้วยเหตุผลหลายประการ ดังนี้⁶

ความสำคัญต่อผู้ป่วย

1. การควบคุมการรักษาพยาบาล การทำหนังสือแสดงเจตนา จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบุการรักษาพยาบาลที่ต้องการและไม่ต้องการเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้มั่นใจว่าความปรารถนาของผู้ป่วยจะได้รับเกียรติ แม้ว่าในกรณีที่ไร้ความสามารถก็ตาม



2. การหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่เกินความจำเป็นและไม่เกิดประโยชน์ด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็นและมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลทางการแพทย์เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3. การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความสบายใจ การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ จะช่วยรักษาศักดิ์ศรีและความสบายใจโดยให้ผู้ป่วยกำหนดได้ว่าตนต้องการจะมีชีวิตอยู่และตายอย่างไร ซึ่งจะนำความสงบสุขสู่วาระสุดท้ายของชีวิต

ความสำคัญต่อครอบครัวของผู้ป่วย

1. การป้องกันความขัดแย้ง การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ สามารถป้องกันข้อขัดแย้งเกี่ยวกับความเห็นในการรักษาที่ไม่ตรงกันของบุคคลในครอบครัวได้ โดยผ่านกระบวนการพูดคุยปรึกษาวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ และการระบุนความปรารถนาของผู้ป่วยอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงเจตนาฯ จะช่วยลดภาระทางอารมณ์ของคนในครอบครัว

2. บรรเทาภาระในการตัดสินใจ ช่วยแบ่งเบาภาระผู้ดูแลและครอบครัวต่อการตัดสินใจที่ยากลำบากในช่วงวิกฤต ช่วยให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย

3. การลดภาระทางการเงิน การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ยังช่วยขจัดปัญหาทางการเงินของครอบครัว ด้วยการตัดสินใจนี้ สามารถเลี่ยงการรักษาพยาบาลที่อาจมีค่าใช้จ่ายสูง จากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบทางการเงินต่อครอบครัวและทรัพยากรทางการแพทย์

ผลที่ตามมาของการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เนื่องจากเป็นเอกสารที่มีผลผูกพันทางกฎหมายทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะให้การรักษาและปฏิบัติตามความปรารถนาของผู้ป่วย แม้ว่าจะไม่สามารถสื่อสารได้ก็ตาม ทำให้ความเครียดและความวิตก

กังวลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจช่วงบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างสันติและสง่างามยิ่งขึ้นนำมาซึ่งความสงบในใจที่ช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกอุ่นใจที่รับรู้ว่าการปรารถนาของผู้ป่วยจะได้รับการเคารพ และวันสุดท้ายของผู้ป่วยจะได้รับการจัดการตามความต้องการ

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ต้องยอมรับว่า เรื่องหนังสือแสดงเจตนาฯ สำหรับประเทศไทยไม่ใช่เรื่องใหม่มากนัก เพราะ ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ในมาตรา 12 แต่ปรากฏว่า จวบจนปัจจุบันประเด็นนี้ยังไม่ค่อยถูกพูดถึงและเป็นที่รู้จักในวงกว้างของสังคมไทยเท่าที่ควร ปัจจุบันการศึกษาเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในประเทศไทยยังมีน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้ที่เป็นมะเร็ง ที่มีความแตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น ๆ เป็นอย่างมากในหลายมิติ การศึกษาของ อธิพงศ์ มณีโน สุริพร ธนศิลป์ และนพมาศ พัดทอง⁷ พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งมีการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เพียงร้อยละ 37.2 ส่วนใหญ่ทำโดยการบอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 49.25 ข้อมูลส่วนนี้ทำให้เห็นว่าการหนังสือแสดงเจตนาฯ ในบริบทของสังคมไทยนั้นมีอิทธิพลของบุคคลรอบข้างเข้ามาเกี่ยวข้อง อีกทั้งการศึกษานี้พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ไม่ได้มีการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ร้อยละ 62.8 เหตุผลส่วนใหญ่เนื่องจากไม่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ มาก่อนถึงร้อยละ 73.4 สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งมีปัญหาและอุปสรรคมากมาย สามารถแบ่งประเภทได้เป็นปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และเชิงระบบที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ผู้ป่วยจำนวนมากขาดความรู้เกี่ยว



กับหนังสือแสดงเจตนาฯ และความสำคัญ การขาดความเข้าใจนี้อาจนำไปสู่ความลังเลหรือปฏิเสธที่จะสร้างเอกสารดังกล่าว การศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากขึ้น⁷

1.2 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสามารถขัดขวางผู้ป่วยไม่ให้มีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับความพึงพอใจในวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมาก ผลการศึกษา พบว่า ระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ลดลง⁷

1.3 ระยะของโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์กับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามมีแนวโน้มที่จะมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูง พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น 2.63 เท่า⁷

1.4 ภาวะอาการและคุณภาพชีวิต อาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง เช่น ความเจ็บปวด เหนื่อยล้า และคลื่นไส้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความต้องการในการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการหนักอาจจัดลำดับความสำคัญของการดูแลที่เน้นความสบายและการบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถบอกได้อย่างชัดเจนในความประสงค์ในการดำรงชีวิต พบว่า ความรุนแรงของอาการส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากขึ้น⁷

1.5 ประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยในด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการการรักษาในโรงพยาบาล และผลการรักษากำหนดทัศนคติของผู้ป่วยต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ประสบการณ์เชิงบวกหรือเชิงลบอาจมีอิทธิพลต่อความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹²

2. ปัจจัยทางสังคม

2.1 พลวัตของครอบครัว การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการตัดสินใจอาจทำให้กระบวนการยุ่งยากขึ้น ผู้ป่วยอาจรู้สึกกดดันจากความคิดเห็นของครอบครัว นำไปสู่ความขัดแย้งเกี่ยวกับความชอบในการรักษาและเนื้อหาของการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ สิ่งนี้สามารถสร้างความไม่สอดคล้องกันระหว่างความปรารถนาของผู้ป่วยและความคาดหวังของครอบครัว¹⁰ ในขณะเดียวกันการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถอำนวยความสะดวกในการพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจร่วมกันในประเด็นที่ซับซ้อน¹¹

2.2 ความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ ในบางวัฒนธรรมการพูดถึงเรื่องความตายถือเป็นเรื่องต้องห้าม ซึ่งอาจขัดขวางไม่ให้บุคคลพิจารณาหรือทำพินัยกรรมในการดำรงชีวิตได้¹² สังคมไทยมีความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนาที่หลากหลาย ซึ่งมีอิทธิพลต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการตัดสินใจ ค่านิยมไทยดั้งเดิมมักให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ขอยกตัวอย่างที่บุคลากรทางการแพทย์อาจรู้จักกันดี เช่น “ภาวะกตัญญูเฉียบพลัน” คือ ลูกหลานที่แทบจะไม่เคยดูแลใส่ใจพ่อแม่ปู่ย่าตายายหรือไม่มีเวลา แต่เมื่อถึงวาระสุดท้ายก็กลับเกิดความกตัญญูฉับพลัน ทုံการรักษาสุดตัวโดยไม่คำนึงว่า ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานเพียงใดจากการยืดชีวิต ยื้อความตาย สถานการณ์เช่นนี้ก็สามารถยับยั้งผู้ที่เป็นมะเร็งจากการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาฯ ของผู้ป่วยได้เช่นกัน

3. ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ

3.1 อุปสรรคของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในไทย



ขาดความรู้และทักษะเพียงพอที่จะอำนวยความสะดวกในการหรือเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับผู้ป่วย เป็นอุปสรรคต่อการเริ่มต้นและการดำเนินการตามคำสั่งล่วงหน้าภายในสถานพยาบาล¹² ส่งผลให้พลาดโอกาสในการเริ่มต้นการสนทนาเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่เป็นมะเร็งที่ผู้ป่วยมีความคาดหวังและมักมุ่งเน้นไปที่การรักษามากกว่าการวางแผนวาระสุดท้ายของชีวิต¹¹

3.2 ขาดการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย นำไปสู่ความสับสนเกี่ยวกับความถูกต้องและการนำไปปฏิบัติ การขาดนโยบายสนับสนุนสามารถขัดขวางการรับรู้ของผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ^{11, 13}

3.3 คุณภาพของการดูแลแบบประคับประคอง ความพร้อมใช้งานและคุณภาพของบริการการดูแลแบบประคับประคองอาจส่งผลต่อความตั้งใจของผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองอย่างไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการต้องการของตนไม่ได้รับการสนองตอบอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจขัดขวางไม่ให้พวกเขาทำตามความปรารถนาอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย^{11, 13}

จากปัญหาและอุปสรรคที่ได้กล่าวมาในข้างต้น เป็นความท้าทายในการส่งเสริมและผลักดันให้ประเด็นการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นที่รู้จัก เห็นถึงความสำคัญ และประโยชน์ที่ตามมาต่อทุกชีวิต โดยอย่างยิ่งกับผู้ที่เป็นมะเร็ง เพราะฉะนั้นการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การส่งเสริมและสนับสนุน การสื่อสารที่สร้างการตระหนักรู้ ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะช่วยให้อาสาสมัครเหล่านี้เกิดเป็นรูปธรรมและเกิดผลเชิงประจักษ์ได้

การส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ข้อควรพิจารณาในการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในผู้ที่เป็นมะเร็ง ต้องคำนึงถึงความอ่อนไหวของผู้ที่เป็นมะเร็ง รวมถึงเคารพความเป็นตัวตนของแต่ละบุคคล ความเชื่อทางวัฒนธรรม และการทำงานร่วมกันแบบสหวิทยาการ ด้วยการนำแนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ผู้ให้บริการด้านการแพทย์สามารถเสริมศักยภาพผู้ที่เป็นมะเร็งให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และตัดสินใจอย่างมีข้อมูลรอบด้านเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ในอนาคต ต้องครอบคลุมในปัจจุบันส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. ทำความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และให้การดูแลอย่างเข้าใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เกิดจากการสูญเสียความเป็นอิสระ สูญเสียภาพลักษณ์ และการมีชีวิตอยู่กับความรู้สึกที่ไม่แน่นอนทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถฟันฝ่าอุปสรรค และหมดพลังอำนาจทางจิตวิญญาณที่คำจูนจิตใจให้มองเห็นคุณค่าหรือความดีของตนเองที่จะช่วยสร้างศรัทธาความเชื่อ และความหวังที่จะได้รับการรักษาจากโรค จิตวิญญาณที่เป็นทุกข์จะทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งขาดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตจนผู้ป่วยบางคนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ทำให้ปรับตัวต่อความเจ็บป่วยไม่ได้ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตัวเองลดน้อยลง ภาระทางอารมณ์นี้ขัดขวางการกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าไปจนถึงความสำเร็จของหนังสือแสดงเจตนาฯ¹³ เพราะฉะนั้นการลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะส่งผลที่ดีต่อกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า

2. การให้ความรู้และความตระหนักรู้ การให้ความรู้เป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่มีประสิทธิภาพของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรให้ความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับ



กระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยเน้นความสำคัญของการให้ความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้

2.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ จุดมุ่งหมายของบทบัญญัติดังกล่าว มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองในการขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งต้องเข้าใจว่าการแสดงเจตนาดังกล่าว มิใช่เรื่องของการทำการุณยฆาต หรือการทำให้ตายโดยปราศจากความเจ็บปวดแก่คนไข้หรือผู้ป่วยที่กำลังได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากจากโรคร้ายที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ด้วยความรู้สึกละเมตตาสงสารต่อคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันกฎหมายในประเทศไทยยังไม่รองรับ แต่การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้เป็นเรื่องของปรารถนาที่จะขอตายตามธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะยืดการตายด้วยการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ การเขียนหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้จึงเป็นแนวทางให้แพทย์ได้เดินไปในแนวทางของ Passive Euthanasia โดยไม่ใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ การรักษาพยาบาลที่ควรกระทำ คือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาได้จากไปอย่างสงบตามวิถีแห่งธรรมชาติ

2.2 หนังสือแสดงเจตนาฯ สามารถเริ่มทำได้โดยไม่จำเป็นต้องเจ็บป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ทุกคนสามารถทำได้ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป ในขณะที่สุขภาพดีหรือเจ็บป่วย เป็นเครื่องมือของการสื่อสารอันมีค่าสำหรับบุคคลทุกวัยและทุกสถานะสุขภาพ⁹

2.3 การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไม่ใช่การสลະสิทธิ์การรักษาทางการแพทย์ แต่เป็นการกำหนดการรักษาที่เหมาะสม ตามความต้องการของผู้ป่วยโดยไม่เหนี่ยวรั้งชีวิตไว้ด้วยความทุกข์ทรมาน แต่จะบรรเทาให้ทุเลาลงด้วยการดูแลแบบประคับประคอง จวบจนวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง นำสู่การตายดี

2.4 หนังสือแสดงเจตนาฯ สามารถเพิกถอนได้ ปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขได้ทุกเมื่อตามการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพ คุณค่าส่วนบุคคล หรือความต้องการในการรักษา

ปัจจัยทางสังคม

1. การสนับสนุนทางสังคม การมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ การให้กำลังใจจากครอบครัวและการพูดคุยร่วมกันเกี่ยวกับความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยสามารถเพิ่มความตั้งใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการวางแผนนี้ได้

2. เข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม ปัจจัยทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างมากต่อทัศนคติและความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ผู้ให้บริการด้านการแพทย์ต้องเห็นถึงความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมโดยการเคารพภูมิหลังทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมที่หลากหลายของผู้ป่วย¹⁴

ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ

1. การเพิ่มความสามารถการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการอำนวยความสะดวกในกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ของผู้ที่เปราะบาง ผู้ให้บริการด้านการแพทย์ควรใช้การฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ การตั้งคำถามปลายเปิด และเทคนิคการสื่อสารโดยไม่ตัดสิน เพื่อสำรวจคุณค่า ความชอบ และข้อกังวลของผู้ป่วย ควรสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนและไม่คุกคามซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและถามคำถามเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า นอกจากนี้ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพควรรับทราบและจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วยตลอดกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า



2. ความร่วมมือแบบสหวิทยาการ ถือเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่มีประสิทธิภาพในผู้ที่เป็นมะเร็ง แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ควรร่วมมือกันเพื่อตอบสนองความต้องการและความชอบแบบองค์รวมของผู้ป่วย การประชุมทีมสหวิทยาการ การประชุมกรณีศึกษา และกระบวนการตัดสินใจร่วมกันสามารถอำนวยความสะดวกในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครอบคลุม และรับประกันว่าข้อกังวลทางการแพทย์ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ ระบบการดูแลสุขภาพควรบูรณาการการวางแผนดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เข้ากับแนวทางการดูแลตามปกติ และให้การสนับสนุนและทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการริเริ่มกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า

3. การเข้าถึงข้อมูล การจัดหาแหล่งข้อมูล และข้อมูลเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่สามารถเข้าถึงได้ภายในสถานพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอำนาจมากขึ้น โปรแกรมการศึกษาที่อธิบายกระบวนการและความสำคัญของหนังสือแสดงเจตนาฯ สามารถช่วยไขความข้องใจต่อแนวคิดและส่งเสริมการมีส่วนร่วมได้¹³

4. การบันทึกข้อมูล ใจความของหนังสือเจตนาฯ ที่ผู้ป่วยทำไว้ในขณะเป็ย เป็นเพื่อการสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเข้าใจ และทราบความต้องการของผู้ป่วย และมั่นใจได้ว่าหนังสือเจตนาฯ นั้นจะถูกนำมาใช้เมื่อถึงเวลาที่จำเป็นและเพื่อยืนยันความต้องการของผู้ป่วยว่าจะยึดตามความต้องการเดิมที่เคยแสดงไว้ในหนังสือฉบับเดิมหรือไม่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ณ ขณะนั้น

โดยสรุป การส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งต้องอาศัยแนวทางที่มีการประสานงานและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ครอบคลุม การใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นถึงความอ่อนไหวทาง

วัฒนธรรม และส่งเสริมความร่วมมือแบบสหวิทยาการ ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องต้องทำงานประสานร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการและความชอบเฉพาะของผู้ป่วยตามที่ได้แสดงเจตนาฯ ไว้ได้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดำเนินไปได้อย่างสมศักดิ์ศรี

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนดูแลล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่เป็นกระบวนการสู่การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของพยาบาลมีหลายแง่มุม เช่น การประเมิน การให้ความรู้ การสนับสนุน และความร่วมมือภายในทีมดูแลสุขภาพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การประเมินและการเริ่มต้นการสนทนา พยาบาลมักจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มแรกที่พูดคุยกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลอยู่ในตำแหน่งที่ดีในการเริ่มต้นการสนทนาเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ สามารถประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) และประเมินความต้องการของพวกเขาเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ในอนาคต กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การถามคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความปรารถนาและความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสามารถช่วยทำให้หัวข้อนี้เป็นปกติและกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความปรารถนาของตน¹⁶

2. การเป็นผู้ให้ความรู้และการให้ข้อมูล พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลสามารถชี้แจงความเข้าใจผิดและอธิบายความสำคัญของการบันทึกความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง บทบาทนี้มีความ



จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากอาจไม่เข้าใจทางเลือก หรือผลที่ตามมาจากการตัดสินใจของตนเองอย่างถ่องแท้¹⁶

3. การสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนเป็นหลักการสำคัญประการหนึ่งของการปฏิบัติงานพยาบาล พยาบาลสนับสนุนผู้ป่วยโดยให้แน่ใจว่าความปรารถนาของผู้ป่วยซึ่งแสดงไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ นั้นจะได้รับการเคารพและถูกปฏิบัติตามในสถานพยาบาล ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ให้บริการด้านการแพทย์หรืออื่น ๆ เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย และให้แน่ใจว่าสามารถเข้าถึงและปฏิบัติตามคำสั่งล่วงหน้าได้ระหว่างการรักษา¹⁷

4. การประสานความร่วมมือกับทีมด้านการดูแลสุขภาพ พยาบาลทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในกระบวนการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้า พยาบาลสามารถทำหน้าที่เป็นคนกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมดูแลสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย ความร่วมมือนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการบูรณาการค่านิยมของผู้ป่วยเข้ากับแผนการดูแล และเพื่อแก้ไขข้อขัดแย้งใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษา^{16, 17}

5. การลดอุปสรรคในกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า ในที่นี้อาจเป็นความเข้าใจผิดในหมู่ผู้ร่วมวิชาชีพเกี่ยวกับความเหมาะสมของการพูดคุยวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือความเชื่อที่ว่า การสนทนาดังกล่าวอยู่นอกขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาล พยาบาลสามารถช่วยอำนวยความสะดวกในการพูดคุยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้อย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการให้ความรู้แก่ผู้ร่วมวิชาชีพและสนับสนุน

วัฒนธรรมที่สนับสนุนกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคอง¹⁶

โดยสรุป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็ง หนังสือของพยาบาล ได้แก่ การริเริ่มการสนทนา การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนความต้องการของผู้ป่วย การร่วมมือกับทีมดูแลสุขภาพ และการแก้ไขอุปสรรคในระบบ พยาบาลสามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ และทำให้มั่นใจได้ว่าความปรารถนาของผู้ป่วยจะได้รับการเคารพ ด้วยการปฏิบัติหน้าที่เหล่านี้

บทสรุป

ความท้าทายในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งนั้น มีหลากหลายแง่มุมและมีความละเอียดอ่อนอย่างลึกซึ้ง ครอบครัวปัจเจกส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยระบบบริการสุขภาพ การจัดการกับความท้าทายเหล่านี้ต้องใช้แนวทางที่ครอบคลุม ซึ่งต้องทำความเข้าใจถึงสถานะสุขภาพที่มีความเฉพาะที่แตกต่าง และความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย กระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอย่างมีกลยุทธ์ ด้วยความเห็นอกเห็นใจ และการสนับสนุนร่วมกันจากทีมผู้ให้บริการทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญในการนำทางความซับซ้อนของการร่างหนังสือแสดงเจตนาฯ สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งท้ายที่สุดแล้วจะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งหรือแม้แต่บุคคลทั่วไปสามารถวางแผนชีวิตของตนเองในวาระสุดท้าย ตัดสินใจอย่างอิสระ บนพื้นฐานความต้องการตามความเชื่อของตนเอง เป็นสะพานทอดไปยังช่วงวาระสุดท้ายที่สงบสุขและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์



References

1. World Health Organization. Cancer. [Internet]. [cited 2023Jan17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. National cancer institute department of medical service ministry of public health Thailand. Hospital-based cancer registry 2022. [internet]. Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf
3. Thanasilp S. Holistic nursing care for end-stage cancer patients. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (In Thai).
4. Geijteman E C T, Kuip E J M, Oskam J, Lees D, Bruera E. Illness trajectories of incurable solid cancers. *BMJ* 2024; 384:e076625 doi:10.1136/bmj-2023-076625
5. National Health Commission. Announcement of the National Health Commission on Advance Care Planning Standards for Thailand 2022. [internet]. [cited 2022 Jan 24]. Available from: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ACP.pdf
6. Phuengrasamee T. Advance care plan [internet]. [cited 2024 Jan 15]. Available from: <http://www.budnet.org/sunset/node/213>.
7. Muneeno A, Thanasilp S, Pudtong N. Selected Factors Related to Living will in Persons with Cancer. *JNRIH* 2024;36(1): 39-52.
8. Pairojkul S, Raksataya A, Sorasit C, Horatanaruang D, Jarusomboon W. Thailand's experience in Advance Care Planning. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen* 2023;180:85–89. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.010>
9. Boonchalermwipas S. Letter of intent regarding medical treatment. In the last days of his life, before the day he sheds his leaves. (5th printing ed.). Bangkok: National Health Commission Office (NHCO);2011. (In Thai).
10. Sullivan A, Lakoma M. Advance care planning for patients with cancer: A collaborative interdisciplinary approach. *AJHPM* 2018;35:328-35.
11. Buair PG, Goldim JR. Barriers to the composition and implementation of advance directives in oncology: a literature review. *Ecancermedalscience* 2019;13:1-12. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.974>
12. Sanders JJ, Robinson MT, Block SD. Factors Impacting Advance Care Planning among African Americans: Results of a Systematic Integrated Review. *JPM* 2016;19(2):202-27.
13. Zhang Y, Long W, Wang L, Yang L, Zhong J. Obstacles and Facilitating Factors in Decision-Making of Elderly Patients' Living Will in the Chinese Context-A Literature Review. *Risk management and healthcare policy* 2022;15:2177–86. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S386488>



14. Oorschot Bv, Schuler M, Simon A, Flentje M. Advance directives: prevalence and attitudes of cancer patients receiving radiotherapy. Support Care Cancer 2012;20(11): 2729–36.
15. Chaihan N, Munluan K. The Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-efficacy in Promoting Living Wills of Professional Nurses Working in an Intensive Care Unit. Nursing Journal CMU [Internet]. [cited 2024 Jul. 27]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunnursing/article/view/261851>
16. Izumi S. Advance Care Planning: The Nurse's Role. AJN 2017;117(6):56–61. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520255.65083.35>
17. Nacak UA, Erden Y. End-of-life care and nurse's roles. Eurasian J Med 2022;54(1): S141-44.



บทความวิชาการ

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในระยะสุดท้ายของชีวิต ในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ : ประเด็นที่ท้าทายในการจัดการของพยาบาลวิชาชีพ

ชัชพงศ์ สมุทราลัย* นวภัทร คงดี* โชติกา ธนมี** ธัญญามาศ เพชรบูรณ์*** กัมปนาท พุทธิรส**** และวาสิณี วิเศษฤทธิ์*****

บทคัดย่อ

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมเป็นหนึ่งในความท้าทายสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งมักเผชิญอุปสรรคด้านกฎหมาย วัฒนธรรม และการยอมรับทางสังคม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความซับซ้อนในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศ ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีจริยธรรม เช่น ทฤษฎีจริยศาสตร์ ทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรม และทฤษฎีต้นไมจริยธรรม ผ่านกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม 5 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การระบุประเด็นขัดแย้ง การพิจารณาทางเลือก การตัดสินใจ และการประเมินผล

บทความยังชี้ให้เห็นความสำคัญของการเคารพอัตลักษณ์ทางเพศ ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความหลากหลายทางเพศและความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำพินัยกรรมชีวิต การอบรมพยาบาลให้เข้าใจกฎหมายและสิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความหลากหลายทางเพศรวมถึงการสร้างระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า ความท้าทายการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความหลากหลายทางเพศเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องการทั้งความรู้ ทักษะ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคลอย่างครบถ้วน และช่วยลดความเหลื่อมล้ำในผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้รับการเปิดเผยตัวตนทางเพศที่สอดคล้องกับความปลอดภัยในสถานพยาบาล ความปรารถนาที่จะรักษาอิสระในการตัดสินใจร่วมกับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลระยะท้ายของชีวิตด้วยตนเอง และตอบสนองต่อความท้าทายในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: การตัดสินใจเชิงจริยธรรม/ พยาบาลวิชาชีพ/ ผู้มีความหลากหลายทางเพศ

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(3) : 14-25

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพริ้นซ์ สุวรรณภูมิ กรุงเทพมหานคร

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเมตพาร์ค กรุงเทพมหานคร

***** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Ethical Decision-Making in End-of-Life care for Gender-Diverse Individuals: Challenges in Professional Nursing Management

Chatchapong Samutalai* Nawapat Kongdee * Chotika thanamee ** Thunyamas Petchboon***
Kumpanart Puttrarassu**** Wasinee Wisesrith*****

Abstract

Ethical decision-making is one of the critical challenges faced by professional nurses, particularly in providing end-of-life care for gender-diverse individuals. These patients often encounter barriers related to legal, cultural, and social acceptance. This article aims to analyze the complexities of ethical decision-making for nurses caring for gender-diverse individuals at the end of life, focusing on the application of ethical theories and frameworks, such as deontological ethics, moral development theory, and the ethical tree framework. The process involves five steps: information gathering, identifying ethical dilemmas, evaluating alternatives, decision-making, and outcome assessment.

The study highlights the importance of respecting patients' gender identity, recognizing their unique needs, and aligning nursing practices with contemporary contexts. Practical recommendations include promoting advance directives, educating nurses about the legal rights and end-of-life care considerations for gender-diverse individuals, and establishing support systems to facilitate appropriate ethical decision-making.

In summary, addressing the challenges of ethical decision-making in caring for gender-diverse individuals at the end of life is a significant responsibility for professional nurses. It requires both knowledge and skills to deliver personalized care, reduce disparities, and enhance patients' quality of life. This approach ensures dignity, the safe expression of gender identity, autonomy in decision-making alongside families, and effective responses to the rapidly evolving societal context surrounding end-of-life care.

Keywords: Ethical decision-making/ professional nursing/ gender-diverse patients

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(3) : 14-25

Article info: received May 5, 2024; revised November 1, 2024; accepted December 16, 2024

* Corresponding author, Register Nurse, Lerdsin Hospital, E-mail: 6570104836@student.chula.ac.th

** Register Nurse, Princ Hospital Suvarnabhumi

*** Register Nurse, King Chulalongkorn Memorial Hospital

**** Register Nurse, Medpark Hospital

***** Associate professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University



บทนำ

ในปัจจุบัน สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายมิติ ทั้งด้านเทคโนโลยี วัฒนธรรม และวิถีชีวิต ส่งผลให้ระบบการดูแลสุขภาพต้องปรับตัวเพื่อรองรับความหลากหลายของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งยังคงเผชิญกับความท้าทายเฉพาะด้าน เช่น การถูกเลือกปฏิบัติ การขาดสิทธิตามกฎหมาย และการขาดการยอมรับในสังคม เหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และยิ่งซับซ้อนขึ้นในบริบทของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิต¹

สำหรับประเทศไทย ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศคิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด² โดยกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศหรือกลุ่ม “LGBTQ” เป็นคำที่ใช้เรียกกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ และ LGBTQ เป็นตัวอักษรย่อของคำที่ใช้เรียกกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะความหลากหลายทางเพศในรูปแบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถี ประกอบด้วย L-Lesbian (เลสเบียน) หมายถึง ผู้หญิงที่รักผู้หญิง G-Gay เกย์ หมายถึง ผู้ชายที่รักผู้ชาย B-Bisexual (คนรักสองเพศ) หมายถึง บุคคลที่รักได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง T-Transgender (คนข้ามเพศ) หมายถึง บุคคลที่รู้สึกพึงพอใจกับเพศภาวะหรือ อัตลักษณ์ทางเพศที่ตรงข้ามกับเพศกำเนิดของตน และ Q-Queer ควีเอร์ หมายถึง บุคคลที่มีความภูมิใจในอัตลักษณ์ที่แตกต่าง³ แม้ว่าสังคมจะเปิดกว้างขึ้นในหลายด้าน แต่การยอมรับกลุ่มนี้ยังคงอยู่ในเงื่อนไขที่จำกัด เช่น ความโดดเดี่ยว การถูกตีตรา และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁴ นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยยังไม่เคยมีกฎหมายที่รับรองสิทธิทางกฎหมายสำหรับคู่ชีวิตที่มีความหลากหลายทางเพศ เช่น สิทธิในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ยิ่งเพิ่มความซับซ้อนให้กับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยประเทศไทยกับ พรบ. แก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและ

พาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567 หรือกฎหมายสมรสเท่าเทียมที่กำลังจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2568 ถือเป็นก้าวสำคัญของประเทศไทยในการส่งเสริมสิทธิของผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยแก้ไขบทบัญญัติที่เคยกำหนดเฉพาะเพศชายและหญิง เช่น การเปลี่ยนคำว่า “สามีภริยา” เป็น “คู่สมรส” และอนุญาตให้บุคคลทุกเพศสามารถจดทะเบียนสมรสได้ กฎหมายฉบับนี้จะทำให้คู่ชีวิตของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมีสิทธิและหน้าที่ในสถานะครอบครัวที่เท่าเทียมกับคู่สมรสชายและหญิง ซึ่งจะช่วยลดปัญหาข้อขัดแย้งในกระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเผชิญกับความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงปัญหาในการเปิดเผยข้อมูลด้านอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง ความต้องการเฉพาะ เช่น การดูแลด้านจิตวิญญาณและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม⁵

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) จึงมีความหมายว่าด้วยการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านกฎหมายบางอย่างในประเทศไทย ปัญหาเกี่ยวกับผู้มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศกับครอบครัว การเข้าถึงสมรสเท่าเทียมรวมถึงปัจจัยบางอย่างที่ไม่อาจคาดเดาได้ เช่น บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศที่ไม่มีผู้ดูแล มีความต้องการที่จะได้รับการให้อภัยหรือการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนทางด้านจริยธรรม และมีผลให้กระบวนการในวาระสุดท้ายของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศเป็นไปอย่างยากลำบาก และซับซ้อนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kiss Lane et al. (2019)⁵ ที่พบว่า การดูแลแบบระยะท้ายในผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศต้องตระหนักว่าผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมีความต้องการทางการแพทย์ ความต้องการทางด้านจิตใจ และสังคมที่เฉพาะเจาะจง เพราะ



มีโอกาที่จะเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากปัจจัยกดดันทางสังคม เช่น การอคติ การตีตรา การต่อต้าน ความรุนแรง ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติด เป็นต้น การศึกษาของ Cloyes et al. (2021)⁶ พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศ หากขาดความเข้าใจในบริบททางวัฒนธรรม จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต แต่หากมีการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำและนำผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการศึกษาของ Rosa et al. (2023)⁷ พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายในกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีความกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการถูกเลือกปฏิบัติ การคาดหวังจากผู้ให้บริการที่มีอคติเชิงเพศ ความโดดเดี่ยวทางสังคมนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างไม่เหมาะสม และสิ่งที่ผู้ป่วยมีความต้องการคือ การเปิดเผยตัวตนทางเพศที่สอดคล้องกับความปลอดภัยในสถานพยาบาล ความปรารถนาที่จะรักษาอิสระในการตัดสินใจร่วมกับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลระยะท้ายของชีวิตด้วยตนเอง

จากสถานการณ์หลากหลายที่พยาบาลจะต้องเผชิญโดยเฉพาะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์และไม่ขัดต่อกฎหมาย การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในพยาบาล จึงหมายถึงการพิจารณาและการปฏิบัติที่ยึดหลักเหตุผล คุณธรรม และความเหมาะสม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคลอย่างครบถ้วน⁸ เพราะผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศมักเผชิญปัญหาทางสุขภาพ เช่น โรคเรื้อรัง มะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป⁹ นอกจากภาวะสุขภาพ ประเด็นความท้าทายด้านการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวอัตลักษณ์ทางเพศเนื่องจากผู้ป่วยกลัวการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่จำกัด

เนื่องจากกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศมีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียวในวัยสูงอายุนานกว่ากลุ่มอื่น

และมีครอบครัวที่สร้างขึ้นใหม่ ทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า กฎหมายและนโยบายในบางกรณียังไม่รองรับการตัดสินใจทางการแพทย์จากครอบครัวที่สร้างขึ้น ส่งผลให้สิทธิของคู่ชีวิตที่ไม่ใช่สายเลือดถูกจำกัด⁹ ดังนั้นการดูแลระยะสุดท้ายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศต้องคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของผู้ป่วยเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและคำนึงถึงความต้องการเฉพาะ เช่น การให้คู่ชีวิตหรือเพื่อนสนิทมีบทบาทในกระบวนการดูแล แต่หากคู่ชีวิตหรือครอบครัวที่สร้างขึ้นใหม่ไม่มีสิทธิ์ตามกฎหมายในการตัดสินใจแทน ทำให้พยาบาลต้องเผชิญความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติตามกฎหมายและการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงเกิดความขัดแย้งในครอบครัว และลดความไว้วางใจในระบบสุขภาพ¹⁰

ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความท้าทายในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มผู้ป่วยผู้มีความหลากหลายทางเพศระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นการใช้แนวคิดและทฤษฎีจริยธรรมร่วมกับกรณีศึกษา เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาการจัดการปัญหาจริยธรรมบนบริบทการพยาบาลในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในกรณีที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและบทบาทของผู้ให้บริการในกระบวนการดูแล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและสิทธิของผู้ป่วยในบริบทการพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต¹¹ และพยาบาลในฐานะที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการนี้จะต้องมีทักษะในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างครอบคลุม พร้อมทั้งเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วยในทุกมิติ การเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย เช่น กฎหมายสมรสเท่าเทียมจะช่วยสนับสนุนบทบาทของพยาบาลให้สามารถส่งมอบการดูแลที่มีคุณภาพและยุติธรรมมากยิ่งขึ้น

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรม หมายถึง การตัดสินใจที่ชอบด้วยเหตุผลและด้วยมโนสำนึกที่แน่วแน่ว่าสิ่งที่ตน



ปฏิบัติลงไปในนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม การตัดสินใจในลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (Rational Thinking) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่สะท้อนคุณค่าความเป็นมนุษย์ โดยการคิดอย่างมีเหตุผลที่สอดคล้องกับจิตวิญญาณและมนโสำนึกที่ซื่อสัตย์ เช่น ความมุ่งมั่นที่จะทำความดีและไม่หลอกตนเองจะช่วยส่งเสริมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมให้มีความหมายและสร้างผลลัพธ์ที่ดีต่อสังคม⁸

ในปัจจุบัน ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการพยาบาลมีความซับซ้อนและยากต่อการตัดสินใจมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และความคาดหวังของสังคม⁹ โดยประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมมักเกิดขึ้นบ่อยครั้ง และมักไม่สามารถหาข้อยุติได้จากข้อเท็จจริงเพียงด้านเดียว ส่งผลให้พยาบาลเผชิญความยุ่งยากในการตัดสินใจโดยประสบการณ์ในอดีตอาจไม่สามารถนำมาใช้เป็นมาตรฐานสำหรับการตัดสินใจในสถานการณ์ใหม่ได้ นอกจากนี้ ปัญหาทางจริยธรรมยังส่งผลกระทบต่อทั้งสถานการณ์เฉพาะหน้าและความเชื่อมโยงในระยะยาว จริยธรรมในบริการสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) จริยธรรมภายใน (Internal Ethics) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ และเจตคติของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางจริยธรรมภายนอก เช่น การตระหนักถึงคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยและความซื่อสัตย์ในหน้าที่ และ 2) จริยธรรมภายนอก (External Ethics) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถสังเกตได้ เช่น ความรับผิดชอบ ความเมตตา กรุณา และการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมที่เป็นมาตรฐาน⁸

ทฤษฎีและพัฒนาการทางจริยธรรม

จริยธรรมและคุณธรรม

จริยธรรม (Ethics) หมายถึง หลักแห่งความประพฤติดี ประพฤติชอบที่เป็นรูปธรรม ซึ่งวางรากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนาและมาตรฐานทางสังคม จริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญที่กำหนดวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม

และสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม⁸ และคุณธรรม (Morals) หมายถึง ความดีงามที่ฝังรากในจิตใจของบุคคล และเป็นแนวทางที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีงาม คุณธรรมมีลักษณะเป็นนามธรรมและสะท้อนออกมาในรูปแบบของความคิดและการกระทำในชีวิตประจำวัน¹²

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

1. ทฤษฎีจริยศาสตร์ (Ethical Theories)

1. ทฤษฎีประโยชน์นิยม (Utilitarianism Theory) เน้นการพิจารณาผลของการกระทำ โดยพิจารณาว่า ผลลัพธ์ก่อให้เกิดความสุขหรือความทุกข์ต่อคนส่วนใหญ่ การตัดสินใจตามทฤษฎีนี้จึงมุ่งเน้นความเป็นประโยชน์ที่สูงสุด¹³

2. ทฤษฎีหน้าที่นิยม (Deontological Theory) ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์หรือหน้าที่โดยไม่พิจารณาผลลัพธ์ของการกระทำ การตัดสินใจว่าถูกหรือผิดขึ้นอยู่กับการกระทำเอง มากกว่าผลกระทบที่เกิดขึ้น¹³

3. ทฤษฎีคุณธรรม (Virtue-Based Theory) มุ่งเน้นไปที่ลักษณะนิสัยของผู้กระทำเป็นหลักมากกว่า ผลลัพธ์ของการกระทำ ตัวอย่างเช่น ความซื่อสัตย์ ความเมตตา และความกล้าหาญ ซึ่งสะท้อนถึงคุณธรรมที่บุคคลควรมี¹³

2. ทฤษฎีการพัฒนาการทางจริยธรรม (Theory of Moral Development)

1. ทฤษฎีของ Piaget เชื่อว่าการพัฒนาการทางจริยธรรมเป็นผลจากการพัฒนาการทางสติปัญญา และการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การพัฒนาทางจริยธรรมจะเกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนของการเรียนรู้ในวัยเด็ก¹³

2. ทฤษฎีของ Kohlberg พัฒนาการทางจริยธรรมขึ้นอยู่กับอายุและประสบการณ์ โดยมี 6 ขั้นตอน ตั้งแต่การเชื่อฟังอำนาจไปจนถึงการตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักจริยธรรมสากล¹³



3. ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม¹²

พัฒนาทฤษฎีนี้ขึ้นในบริบทของสังคมไทย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

1. ดอกและผลของต้นไม้: สะท้อนพฤติกรรม การทำความดีและละเว้นความชั่ว

2. ลำต้นของต้นไม้: แสดงถึงความขยัน ขันแข็งในงานและความรับผิดชอบต่ออาชีพ

3. รากของต้นไม้: เน้นการใช้สติปัญญา ประสบการณ์ทางสังคม และสุขภาพจิต

หลักจริยธรรมและแนวคิดทางจริยธรรม (Ethical Principles and Concepts)⁸ ประกอบด้วย

1. การทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ (Beneficence)

2. การไม่ทำให้เกิดอันตราย (Non-Maleficence)

3. การเคารพในสิทธิและอิสระของบุคคล (Autonomy)

4. ความยุติธรรม (Justice)

5. ความซื่อสัตย์และการบอกความจริง (Veracity)

แนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

จริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการพยาบาล พ.ศ. 2550 เพื่อให้พยาบาลสามารถพิจารณา และตัดสินใจแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในทุกสถานการณ์¹⁴

กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical Decision-Making Process)

เป็นกระบวนการที่สำคัญในการปฏิบัติงานของพยาบาล เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาที่ซับซ้อนโดยมีชีวิตมนุษย์มาเกี่ยวข้อง กระบวนการนี้ จำเป็นต้องใช้หลักการและเหตุผลที่สอดคล้องกับ

จริยธรรมและความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้¹⁴

1. การรวบรวม วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล (Data Collection, Analyze, and Interpret the Results) การเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรมใน 4 มิติ ได้แก่ มิติข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ มิติคุณภาพชีวิต มิติด้านความพึงพอใจและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงบริบทการปฏิบัติงาน

2. การระบุประเด็นขัดแย้ง (State the Dilemmas) ระบุประเด็นขัดแย้งที่มักพบ เช่น ความขัดแย้งระหว่างสิทธิของผู้ป่วยและหลักจริยธรรม เช่น การเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตายอย่างสมศักดิ์ศรีกับหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องช่วยชีวิต

3. การพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ (Consider the Choices Decision) ร่วมกันพิจารณา ข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก โดยใช้หลักการจริยธรรม แนวคิดทฤษฎี และจรรยาบรรณวิชาชีพ

4. การตัดสินใจ (Make a Decision) เลือกแนวทางที่ดีที่สุด โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย และผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้อง

5. การประเมินผลการตัดสินใจ (Decision Evaluation) ประเมินผลของการตัดสินใจเพื่อให้มั่นใจว่า ส่งผลดีต่อผู้ป่วย และป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น

ในขั้นตอนนี้พยาบาลอาจต้องเผชิญสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนเชิงจริยธรรมในการทำงาน เช่น ความเป็นอิสระของผู้ป่วยกับความจำเป็นในการรักษา ประโยชน์ของผู้ป่วย และการรักษาความลับ ในขณะที่ต้องสื่อสารกับสมาชิกในทีมสุขภาพ เพื่อจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าว

สำหรับการตัดสินใจของพยาบาลนั้นถือเป็นหัวใจสำคัญของการทำงาน เนื่องจากการตัดสินใจแต่ละครั้งมีชีวิตมนุษย์มาเกี่ยวข้อง หากตัดสินใจผิดพลาดหรือไม่มีหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจ อาจจะทำให้เกิดผลเสียกับชีวิตครอบครัว ทรัพย์สิน และสภาพจิตใจได้ พยาบาล



จึงเป็นอาชีพที่มักถูกคาดหวังในเรื่องจริยธรรมสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับความเป็น ความตายของมนุษย์ ฉะนั้นการตัดสินใจของพยาบาลจึงใช้การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ความท้าทายในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ¹⁵

ในบริบทของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศ พยาบาลมักเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถสื่อสารได้ และทีมสุขภาพมักต้องการให้ญาติสายตรงเป็นผู้ตัดสินใจ ขณะที่คู่ชีวิตหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยกลับไม่มีสิทธิ์มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ สิ่งนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากญาติสายตรงอาจไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยปัญหาเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่พยาบาลต้องมีทักษะในการจัดการสถานการณ์ที่ซับซ้อน โดยคำนึงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วย ความเป็นธรรม และการร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อหาทางออกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อสำคัญในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

1. ส่งเสริมการสื่อสารที่เปิดกว้างกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง
2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดทำเอกสารพินัยกรรมชีวิตเพื่อแสดงความต้องการของตนในระยะท้าย
3. ใช้ความรู้ทางกฎหมายและจริยธรรมเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน เนื่องจากปัจจุบัน พ.ร.บ. คู่ชีวิต (Civil Partnership Act) ปี พ.ศ. 2565 ได้ผ่านความเห็นชอบในรัฐสภา ส่งผลให้คู่ชีวิตผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมีสิทธิ์ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ไม่มีญาติสายตรง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาระยะสุดท้ายของชีวิต¹⁷

บทบาทของพยาบาลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต¹⁸

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตมีเป้าหมายหลักเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทั้งในมิติทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามแผนการรักษา โดยเน้นการดูแลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น การยุติการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และการหลีกเลี่ยงการชะลอความตายที่ไม่จำเป็น ซึ่งเป็นหัวใจของการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ในกระบวนการนี้ พยาบาลมักเผชิญกับปัญหาด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อกฎหมาย ความเชื่อ และความคาดหวังของครอบครัว การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจึงมีความซับซ้อนและต้องอาศัยทั้งความรู้ ความเข้าใจ และจริยธรรม เพื่อให้สามารถพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ปัจจัยทางสังคม อารมณ์ และความเชื่อทางศาสนาได้อย่างครบถ้วน

บทบาทของพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศ¹⁷

แม้ว่าการมีกฎหมายเช่น พ.ร.บ. คู่ชีวิต และ พินัยกรรมชีวิตจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในหลายกรณี แต่ในบริบทของประเทศไทยที่ยังไม่มีกฎหมายรองรับสมรสเท่าเทียมอย่างสมบูรณ์ คู่ชีวิตผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศยังคงถูกจำกัดสิทธิในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ทำให้พยาบาลต้องเผชิญความท้าทายในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความหลากหลายทางเพศเป็นอีกหนึ่งความท้าทายที่สำคัญ พยาบาลต้องคำนึงถึงประเด็นเฉพาะ เช่น การสื่อสารและการยอมรับเพศสภาพของผู้ป่วยโดยครอบครัว การปกปิดความจริงเกี่ยวกับโรคเพื่อป้องกันการถูกทอดทิ้ง หรือปัญหาการที่คู่ชีวิตไม่มีสิทธิ์ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตามกฎหมาย ทั้งนี้ การสื่อสารอย่างเปิดเผยและการจัดทำเอกสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับความ



ต้องการของผู้ป่วย เช่น การตัดสินใจมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต เป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ และนักกฎหมาย เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม การตัดสินใจที่ถูกต้องจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ดีช่วยส่งเสริมความพึงพอใจและภาพลักษณ์ที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล นอกจากนี้ยังนำไปสู่การดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจดังกล่าวต้องอาศัยปัจจัยสำคัญ เช่น ความรู้และประสบการณ์ ความไวต่อประเด็นจริยธรรม การใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม และการยึดถือคุณค่าและความเชื่อ พยาบาลในทุกระดับทั้งในบทบาทผู้บริหารและระดับปฏิบัติการ ต้องมีทักษะและเครื่องมือในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยพิจารณาประสิทธิภาพและประโยชน์ที่เกิดขึ้นสูงสุด และลดผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องให้น้อยที่สุด¹³

ตัวอย่างการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในบทบาทพยาบาลวิชาชีพต้งกรณีศึกษาต่อไปนี้

กรณีศึกษาที่ 1 (กรณีศึกษาในประเทศไทย)

“ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการอ่อนเพลีย ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้งได้รับการวินิจฉัย ติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัสที่มีได้ระบุรายละเอียด (HIV) โดยมีค่าเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่ควบคุมและต่อสู้กับเชื้อโรคต่าง ๆ ในระดับต่ำ (CD4=34) แกรับในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยถามตอบรู้เรื่อง มีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อยจึงได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและยังคงมีอาการถ่ายเหลวและมีเลือดสดปน ได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารพบว่า มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่งผลให้มีเลือดออกจำนวนมากและระดับความเข้มข้นเลือดลดลง แพทย์มีแผนการรักษาให้ส่วนประกอบของเลือด แต่ด้วยประเด็นทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ แพทย์จึงสอบถามความเห็นเรื่องการได้รับส่วนประกอบของเลือดจากผู้อื่น และผู้ป่วยตัดสินใจรับส่วนประกอบเลือดจากผู้อื่นตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียเลือดและสารน้ำ

ทฤษฎี	หลักการสำคัญ	ตัวอย่างการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ
ทฤษฎีประโยชน์นิยม	เน้นผลลัพธ์ของการกระทำว่าก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เกี่ยวข้อง	การตัดสินใจให้คู่ชีวิตกลุ่ม ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อให้ตอบสนองต่อความสุขและความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง
ทฤษฎีหน้าที่นิยม	มุ่งเน้นความถูกต้องของการกระทำตามกฎเกณฑ์และหน้าที่ โดยไม่คำนึงถึงผลลัพธ์	การยึดหลักกฎหมาย เช่น การให้สิทธิญาติสายตรงในการตัดสินใจแม้จะไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย
ทฤษฎีคุณธรรม	ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะนิสัยและความเมตตาของผู้กระทำ	พยาบาลแสดงความเข้าใจและยอมรับอัตลักษณ์ทางเพศของผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจและการสื่อสารที่เปิดเผย



จำนวนมากทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมาก วัดระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ 85% ผู้ป่วยตัดสินใจให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดีและทราบว่าตัวเองมีโรคประจำที่ทำให้อาการทรุดลง จึงได้ร้องขอกับพยาบาลว่าห้ามบอกครอบครัวตัวเอง และผู้ป่วยเป็นชายรักชาย (G-Gay เกย์) ชัดกับหลักศาสนาที่นับถืออยู่ประกอบกับผู้ป่วยไม่ได้แจ้งที่บ้านว่าตัวเองป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีเพียงแค่แฟนหนุ่มมาเยี่ยมและให้กำลังใจในตลอดการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลงแฟนหนุ่มจึงตัดสินใจแจ้งข่าวอาการป่วยแก่ทางครอบครัวของผู้ป่วย และครอบครัวญาติผู้ป่วยได้มีติดต่อกับเข้าเยี่ยม และได้รับทราบอาการ การดำเนินการของโรคและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย บิดาจึงประสงค์ให้ทีมแพทย์และพยาบาลดูแลแบบประคับประคองเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทรมาน และกล่าวว่าติดต่อหลักศาสนาเรื่องการนวดหัวใจ แม้ว่าแฟนหนุ่มจะได้แจ้งเจตนาของผู้ป่วยแก่ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยต้องการให้รักษาตามแผนการรักษาเต็มที่เพื่อรักษาชีวิต แต่ในหลักกฎหมายต้องเป็นญาติสายตรงหรือคู่สมรส ในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย แฟนหนุ่มจึงบอกพ่อของผู้ป่วยได้แล้วว่าตัวเองคือ เพื่อนสนิทเท่านั้น ผู้เป็นพ่อขอเข้ามาทำพิธีกรรมตามหลักศาสนาทุกวัน จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ”

ประเด็นท้าทายเชิงจริยธรรมที่ต้องตัดสินใจในกรณีถ้าผู้ป่วยไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมอบสิทธิการตัดสินใจในการรักษา ส่งผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างแท้จริง โดยทฤษฎีประโยชน์นิยมเน้นผลลัพธ์ของการกระทำว่าก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เกี่ยวข้อง การตัดสินใจให้คู่ชีวิตกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อให้ตอบสนองต่อความสุขและความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง¹³

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยผู้มีความหลากหลายทางเพศผ่านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำเอกสารพินัยกรรมชีวิต การสร้างความไว้วางใจในการสื่อสาร และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ครอบครัวและคู่ชีวิตผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อให้กระบวนการดูแลและเยี่ยวยาเป็นไปอย่างมีคุณภาพและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และพยาบาลควรสนับสนุนให้เกิดกฎหมายสมรสเท่าเทียมจะช่วยลดอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศโดยเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่พยาบาลสามารถมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้อง และสร้างกระบวนการสื่อสารที่เน้นความเท่าเทียมและการยอมรับ

กรณีศึกษาที่ 2 (กรณีศึกษาในต่างประเทศ)¹⁸

จากกรณีศึกษาสมมติการตัดสินใจและการเจรจาไกล่เกลี่ยต่อครอบครัวผู้มีความหลากหลายทางเพศโดยไม่มีหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับบริการสาธารณสุขล่วงหน้า พบว่า คู่รักหญิงแพมและอแมนด้าเป็นคู่ชีวิตที่อยู่ด้วยกันมา 15 ปี เมื่อแพมที่เป็นภรรยาของอแมนด้าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมองแตกทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างกะทันหันทำให้สามีหญิงอแมนด้า ไม่มีอำนาจหรือเป็นตัวแทนของแพมสาวในการตัดสินใจ นอกจากนี้อแมนด้ายังต้องเผชิญกับการห้ามเข้าเยี่ยมแพมสาวจากครอบครัวทั้งที่อยู่ด้วยกันมาตลอด 15 ปี ทำให้เกิดกรณีวิวาทมีความเห็นไม่ตรงกัน ทีมบุคลากรทางการแพทย์จึงได้หาทางออกร่วมกัน เนื่องจากการดำเนินการของโรคหลอดเลือดสมองแตกของผู้ป่วยแย่ง จึงนัดทั้งสองฝ่ายทำประชุมครอบครัว “บอกเล่าเรื่องราวของตนเอง” การแบ่งปันและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นจึงเป็นเครื่องมือในการสร้างทางออกร่วมกัน แม้ในขณะที่ทั้งสองฝ่ายยังคงมีความแตกต่างในหลักจริยธรรมหลักหรือลำดับความสำคัญหลายประการ แต่การเจรจาดังกล่าวมุ่งที่จะบรรลุฉันทามติเกี่ยวกับผลลัพธ์นั่นก็คือ ผู้ป่วยอย่างแพมจะได้รับประโยชน์สูงสุดในการเจรจาเพื่อขอ



ยุติตัดสินใจเชิงจริยธรรม อแมนด้าหวังเพียงจะได้อยู่กับแพมในวาระสุดท้าย แต่ว่าครอบครัวทั้งพ่อและแม่ใช้ความรุนแรงทางถ้อยคำและเมินเฉยต่ออแมนด้า และสิทธิ์ของผู้ให้กำเนิดกับทีมสุขภาพ ปฏิเสธห้ามอแมนด้าเข้าเยี่ยมบุตรสาวของตน จึงนำไปสู่กระบวนการทางกฎหมายทางศาลในประเทศสหรัฐอเมริกาหลายแห่งเห็นพ้องต้องกันด้วย หลักฐานพบว่า ความสัมพันธ์ทั้งคู่ที่มีมากเกิน 15 ปี จัดอยู่ในสถานะเป็น “เครือญาติ” โดยพฤตินัย แม้ว่าจะไม่มีการแต่งงานตามกฎหมายอย่างเป็นทางการในเขตอำนาจศาลนั้นก็ตาม มุมมองของทีมสุขภาพคือ การใกล้ชิดเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการดำเนินคดีเสมอ ดังนั้นเมื่อทางศาลเห็นว่าทั้งคู่คือ เครือญาติโดยพฤตินัยเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของการตัดสินใจกฎหมายแบบแพ้นะ ทีมบุคลากรทางแพทย์จึงได้ตัดสินใจเชิงจริยธรรมคือ นัดประชุมครอบครัวอีกครั้งเพื่อได้บอกการดำเนินการของโรค อัตราการรอดชีวิต และคุณภาพชีวิตของแพมให้ทั้งครอบครัวและอแมนด้าฟังอีกครั้ง และเมื่อทุกฝ่ายได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวโน้มทางคลินิก การดำเนินการของโรคและอัตราการรอดชีวิต ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่า ต้องการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้แพมจากไปอย่างสบายที่สุด ท่ามกลางบุคคลที่รักนั่นคือครอบครัวและอแมนด้า ครอบครัวของแพมอนุญาตให้อแมนด้าเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนาทุกครั้งที่ดูแลระยะสุดท้ายด้วยกัน ทำให้การเจรจาและการตัดสินใจทางจริยธรรมนี้เป็นวิธีแก้ปัญหาที่สมเหตุสมผลที่สุด ยุติธรรมที่สุดและมีมนุษยธรรมที่สุด จนกระทั่งแพมได้จากครอบครัวและบุคคลที่รักไป ตลอดกาลท่ามกลางความเศร้าโศกเสียใจ แต่อย่างน้อยอแมนด้าสามีสาวก็ได้อยู่เคียงข้างไปจนวาระสุดท้ายเช่นเดียวกัน

ดังนั้นรูปแบบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลควรเลือกทำตามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติถือเป็นทฤษฎีประโยชน์นิยม เน้นผลลัพธ์ของการกระทำว่าก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เกี่ยวข้องการตัดสินใจให้คู่ชีวิตกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเพื่อให้ตอบสนองต่อความสุขและความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง

ดังนั้นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้นจึงต้องผ่านการพิจารณาไตร่ตรองก่อนลงมือปฏิบัติและต้องมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ เนื่องจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายที่มีความแตกต่างกันในเรื่องคุณค่าและความเชื่อ การแก้ไขประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าวจึงต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์รวมถึงคุณค่าและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาต่อไป

บทสรุป

ในปัจจุบัน สังคมไทยเริ่มยอมรับความหลากหลายของบุคคลมากขึ้น ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสิทธิของตนเอง รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลทางกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาได้ง่ายขึ้น วิชาชีพการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ดูแลมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการวางแผนการดูแลก่อนการจากไปเพื่อเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ในกรณีของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศ การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตยังคงเผชิญความท้าทาย โดยเฉพาะการตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้มักต้องพึ่งพาครอบครัวสายตรงหรือครอบครัวทางสายเลือดในการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม ครอบครัวสายตรงอาจไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ขณะที่คู่ชีวิตหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งมักเป็นผู้ที่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยกลับไม่มีสิทธิ์ทางกฎหมายในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

ความเกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ. แก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567 หรือกฎหมายสมรสเท่าเทียม ร่างกฎหมายสมรสเท่าเทียมที่กำลังจะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 22 มกราคม 2568 มีสาระสำคัญเพื่อให้บุคคล 2 คนไม่ว่าจะเพศใดสามารถทำการ



หมั้นและสมรสได้ เปลี่ยนแปลงสถานะหลังจดทะเบียนสมรสให้ใช้คำว่า “คู่สมรส” โดยไม่จำกัดเฉพาะชายหรือหญิง การปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวจะช่วยให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางเพศมีสิทธิและหน้าที่ในฐานะคู่สมรสอย่างเท่าเทียมกับคู่สมรสชายหญิง การมีสิทธิทางกฎหมายนี้จะช่วยลดข้อขัดแย้งในกระบวนการตัดสินใจทางการแพทย์ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับพยาบาล การพัฒนากฎหมายสมรสเท่าเทียมนี้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมสามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น พยาบาลจึงต้องมีบทบาทในการให้ข้อมูลที่ชัดเจน สนับสนุนการสื่อสารอย่างเปิดเผย และทำงานร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับจริยธรรมวิชาชีพและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการอบรมพยาบาลให้เข้าใจกฎหมายและสิทธิของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ
2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่คำนึงถึงข้อจำกัดทางกฎหมาย เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ทำพินัยกรรมชีวิต
3. การสนับสนุนให้เกิดนโยบายสมรสเท่าเทียม เพื่อให้คู่ชีวิตกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ มีสิทธิเท่าเทียมกับคู่สมรสชาย-หญิง
4. การสนับสนุนให้เกิดกฎหมายสมรสเท่าเทียมจะช่วยลดอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่พยาบาลสามารถมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้อง และสร้างกระบวนการสื่อสารที่เน้นความเท่าเทียมและการยอมรับ”

References

1. De Jong A, Swerhun K, Brink P, Martin L. Palliative care service provision and use among 2SLGBTQIA+ individuals: a scoping review. BMC Palliat Care. 2024; 23(243). doi: 10.1186/s12904-024-01560-x.
2. LGBT Capital. LGBTQ population estimates: Thailand [Internet]. 2019. Available from: <https://www.lgbt-capital.com>
3. West-Livingston LN, Dittman JM, Park JA, Pascarella L. Sexual orientation, gender identity, and gender expression: From current state to solutions for the support of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning patients and colleagues. Journal of Vascular Surgery. 2021 Aug 1; 74(2): 64S-75S.
4. Ronnapoom S. Problems and challenges of LGBTQ people in Thailand. J Soc Dev Environ. 2017; 20(1): 45-56. (In Thai)
5. Kiss Lane T, Spruijt O, Day T, et al Palliative care clinicians and online education in India: a survey. BMJ Supportive & Palliative Care. 2019; 35(9).
6. Cloyes KG, Candrian C. Palliative and End-of-Life Care for Sexual and Gender Minority Cancer Survivors: A Review of Current Research and Recommendations.



- Curr Oncol Rep. 2021; 23(39).
7. Rosa WE, Roberts KE, Braybrook D, Harding R, Godwin K, Mahoney C, et al. Palliative and end-of-life care needs, experiences, and preferences of LGBTQ+ individuals with serious illness: A systematic mixed-methods review. *Palliat Med*. 2023; 37(4): 460-474. doi: 10.1177/02692163221124426.
 8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013.
 9. Barrett N, Wholihan D. Providing palliative care to LGBTQ patients. *Nurs Clin N Am*. 2016; 51(3): 501-511. doi: 10.1016/j.cnur.2016.05.001.
 10. Skye C, Pickering D, Hegarty K. Decision-making approaches in transgender healthcare: Conceptual analysis and ethical implications. *Med Health Care Philos*. 2021; 24(4): 567-76. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10023-6>
 11. Palliative and End-of-Life Care for Sexual and Gender Minority Cancer Survivors: A Review of Current Research and Recommendations. *J Cancer Survivorship* [Internet]. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01034-w>
 12. Duangmanee H. *Nursing ethics: A guide to moral decision-making*. Bangkok: Institute of Educational Development; 2015. (In Thai)
 13. Cahn SM, Markie P, editors. *Ethics: History, Theory, and Contemporary Issues*. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2016.
 14. Nursing Council Regulation. On maintaining the ethics of the nursing and midwifery professions; 2007. (In Thai)
 15. Pisit S. Practical legal issues of consent for medical treatment. *Thammasat Law J*. 2022;51(4): 625-36. (In Thai)
 16. Rungtiwa C, Boontip S, Wallapa B. The development of an ethical decision-making program for professional nurses in end-of-life care at Phramongkutklao Hospital. *J R Thai Army Nurses*. 2013; 14(1): 41-50. (In Thai)
 17. Wimonkunarak S, Manoleehagul T. Academic Study Project for Supporting the Drafting of Civil Partnership Act B.E. Naresuan University Law Journal. 2023 Dec 23; 16(2): 245-74.
 18. Wahlert, L., Fiester, A. Mediation and Surrogate Decision-Making for LGBTQ Families in the Absence of an Advance Directive. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2012; 9(3): 365-367.



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

นิภาภรณ์ เทียงหนู* และ สุรียพร ธนศิลป์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาระการดูแล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.89 ($SD = 11.48$) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .37$) ภาวะซึมเศร้า ($Beta = -.24$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($Beta = .22$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 33

สรุป: ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการเตรียมผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ ผู้ดูแลในครอบครัว/ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง/ ปัจจัยทำนาย



Factors predicting quality of life among family caregivers of stroke survivors

Niphaphon Thiangu * and Sureeporn Thanasilp**

Abstract

This predictive research aims to study quality of life of family caregivers of stroke survivors and determine the quality of life of family caregivers of stroke survivors. The samples were family caregivers of stroke survivors attending the outpatient departments of the Neurological Institute of Thailand and King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society. The research tools consisted of questionnaires to collect personal data, quality of life, activities of daily living (ADLs), care burden, depression, family relationship, and social support. The data was analyzed using descriptive statistics, Pearson's coefficients, and stepwise analysis of multiple regression.

The results of the research were as follows. Family caregivers of stroke survivors had a moderate quality of life with the mean scores of 95.89 (S.D. = 11.48). The factors predicting the quality of life of caregivers in survivors' families with statistical significance at .05 levels were social support (Beta = .37), depression (Beta = -.24), and ADLs of survivors (Beta = .22). Predictive factors accounted for 33 percent of quality of life.

Conclusions: *The findings are useful for the further development of nursing intervention programs to prepare family caregivers of stroke survivors appropriately in order to enhance good quality of life among these caregivers.*

Keywords: quality of life/ family caregiver/ stroke survivor/ predictive factors



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) สำรวจประชากรทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ¹ สำหรับในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลังของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 36,214 คน เพศชาย 21,163 คน เพศหญิง 15,051 คน²

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเจริญก้าวหน้ามากยิ่งขึ้นทำให้สามารถดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้รอดชีวิตได้มากขึ้น โดยทั่วไปผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหากผ่าน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการ พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่³ ผลกระทบหลักมีทั้งระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง กล่าวคือ ในระยะเฉียบพลันอาจทำให้เสียชีวิตได้ และในระยะเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบความบกพร่องของร่างกายที่แตกต่างกันไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ก้าวขาลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ได้ กลืนลำบากหรือกลืนไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก สื่อสารไม่ได้ สับสนและสูญเสียความทรงจำ⁴ ดังนั้นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมีมากขึ้น

ครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างรวดเร็วในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในทันที และในระยะยาว เห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือการทำการกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจผู้รอดชีวิตจากโรค

หลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ต้องรับภาระหนักและอาจใช้ระยะเวลายาวนานทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลในครอบครัวตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาระการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.31, p = .00$)⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าในระยะแรกผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคสมองเสื่อม เป็นต้น ส่วนงานศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในผู้รอดชีวิตที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในรายด้านภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ดูแลที่อาจเป็นญาติและไม่ใช่ญาติ นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อน และมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าต่อสังคมไทยและนานาชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง



สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาคุณภาพชีวิต การรับรู้ความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผลจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวด้วยการทบทวนวรรณกรรม โดยเลือกเฉพาะปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้มาศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการดูแล การดูแลภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นผู้ที่เป็นหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และพมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นผู้ที่เป็นหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และพมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 120 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กำหนดการสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่ง ตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรในอัตราส่วน 1 : 6 โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนตุลาคม 2566

การคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

1.2 เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นผู้ที่เป็นหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ และเป็นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

1.3 ให้การดูแลเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

1.4 สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย

1.5 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดขนาดค่าอิทธิพลขนาดกลาง⁷ .15 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง



เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ช่วยเหลือในการดูแล รายได้ ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ในครอบครัวขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF)⁹ มีจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย (1 คะแนน)-มากที่สุด (5 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.8406 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี

ตอนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) พัฒนาขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965)⁸ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ¹⁰ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คือ ไม่สามารถทำเองได้ (0 คะแนน)-ทำได้เอง (4 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง ภาวะพึ่งพาน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระการดูแลที่บ้านของอรรธรณ แผนคง¹¹ มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน)-แทบทุกครั้ง (4 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-48 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง ภาระการดูแลยิ่งมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ฉบับแปลภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร

และคณะ¹² มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย (0 คะแนน)-บ่อยครั้ง (3 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของบุษราคัม จิตอารีย์¹³ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน)-จริงมากที่สุด (4 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวยิ่งดี

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของภรภัทร อิมโธฐ¹⁴ ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1 คะแนน)-มากที่สุด (5 คะแนน) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76 ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ สถาบันประสาทวิทยา เอกสารรับรองเลขที่ สธ 0313(13700)/2846 วันที่รับรอง 8 มิถุนายน 2566 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เอกสารรับรองเลขที่ COA No.1195/2023 วันที่รับรอง 11 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาของการวิจัย และจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาในภายหลังทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังการได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและสอบถามผู้ดูแลที่สนใจ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกจากสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 72 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 48 คน เริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2566 ถึง เดือนตุลาคม 2566 โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆ ในภายหลังทั้งสิ้น จากนั้นขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและให้เอกสารชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย จึงขอให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนให้แต่ละกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ นำผู้ดูแลในครอบครัวไปยังสถานที่เก็บข้อมูลที่จัดเป็นสัดส่วนและเงียบสงบอธิบายวิธีการทำแบบสอบถาม และให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเลือกคำตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยผู้ดูแลในครอบครัวสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวมองไม่เห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30-45 นาที

5. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแลในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุเฉลี่ย 48.50 ปี ($SD = 8.78$) (พิสัยอายุ 45-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 73.3 รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 74.2 แหล่งรายได้จากตนเอง (ผู้ดูแลในครอบครัว) คิดเป็นร้อยละ 80.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 ระยะเวลาในการดูแล มีค่ามัธยฐาน (median) เท่ากับ 7 เดือนให้การดูแลเฉลี่ย 20.53 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 5.55$) และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 68.3

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 61-95 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 95.89 ($SD = 11.48$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.94 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.76 ด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.66 และด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.50



ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการดูแล ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และรายได้กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (n=120)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ	1							
2. ระยะเวลาในการดูแล	.05	1						
3. ภาระการดูแล	-.34*	-.06	1					
4. ภาวะซึมเศร้า	-.22*	.16	.41*	1				
5. สัมพันธภาพในครอบครัว	.24*	.0	-.29*	-.42*	1			
6. การสนับสนุนทางสังคม	.24*	.07	-.20*	-.17	.31*	1		
7. รายได้	.03	-.20*	-.09	-.03	.0	.06	1	
8. คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว	.37*	-.06	-.34*	-.35*	.33*	.46*	.10	1

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในระดับปานกลาง ($r = -.34$, $r = -.35$ ตามลำดับ) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($r = .37$, $r = .33$,

และ $r = .46$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาในการดูแล และรายได้มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.06$ และ $r = .10$ ตามลำดับ)

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ร้อยละ 33 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า B ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) ($n = 120$)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	75.69	5.09		14.87	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.34	.07	.37	4.78	<.001
ภาวะซึมเศร้า	-.47	.15	-.24	-3.12	<.001
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิต	.33	.11	.22	2.89	.005

$R = .34$ adjusted $R^2 = .33$ S.E. = 8.38

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.89 ($SD = 11.48$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ ยุทธกรานต์ ชินโสตร์¹⁵ ที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (WHOQOL-BREF-THAI) เช่นเดียวกับงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า ค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในช่วง 26-130 คะแนน ซึ่งหมายถึง ยิ่งคะแนนสูง คุณภาพชีวิตยิ่งดี เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านของการศึกษาครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 ($SD = .51$) ด้านจิตใจมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.94 ($SD = .48$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.76 ($SD = .54$) และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.66 ($SD = .61$) โดยพบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตฯ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .34$, $p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดี ย่อมได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลต่ออารมณ์ทางด้านบวก การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในทางบวกจะสามารถบรรเทาผลกระทบของภาวะเครียด ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวได้ มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ba และคณะ⁵ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ($\beta = .20$, $p = .001$) การที่ญาติและผู้ดูแลได้มีการพบปะพูดคุยกันและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความไว้วางใจ และการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกัน ได้รับ



ข้อมูลในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ และมีการเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการปรับตัวและมีระดับคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นได้⁶

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยรองที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -.47, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 45-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.50 ปี ($SD = 8.78$) ซึ่งวัยนี้มีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคม หน้าที่การงาน และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ไปในทางเสื่อมถอย เช่น โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในวัยนี้อาจมีการปรับตัวได้ไม่ดี ผู้ดูแลอาจเกิดความวิตกกังวลจากความไม่มั่นใจในการดูแลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้รอดชีวิตฯ จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ ดังนั้นการให้กำลังใจและพร้อมเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นประโยชน์มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Efi และคณะ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -.59, p < .05$)¹⁶

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยสุดท้ายที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .33, p = .005$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 26.7 ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 12.5 และต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลางคิดเป็นร้อยละ 4.2 นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลคิดเป็นร้อยละ 68.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภัทร อิมโอฐและคณะ¹⁴ ที่พบว่า ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลสูงส่งผลทำให้ดูแลรับรู้ถึงภาระมากขึ้น ระดับการพึ่งพิงมากย่อมต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตอบสนองความ

ต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า ภาระการดูแล ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = -.34$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมาที่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 20.8 มีความรู้สึกเป็นภาระมากคิดเป็นร้อยละ 20 และมีความรู้สึกเป็นภาระมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 5 อธิบายได้ว่า การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมาโดยตลอดเวลานั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง อีกทั้งผู้ดูแลในครอบครัวก็อาจจะมีปัญหาของตนในหลาย ๆ ด้าน และเมื่อเวลาผ่านไป ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Caro และคณะ¹⁵ พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาในการดูแล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ $-.06$ ($r = -.06$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมกระทำ และการแสดงความรู้สึกเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อรักษาความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว



ก็จะไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ถ้าในระยะแรกผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดความเครียด มีความคลุมเครือในบทบาท หรือขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และหากผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยคุกคามต่อชีวิตตนเอง อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแล มีค่ามัธยฐาน (median) เท่ากับ 7 เดือน ให้การดูแลเฉลี่ย 20.53 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 5.55$) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะความชำนาญ เนื่องจากระยะเวลา ที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการปรับตัวต่อปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ba และคณะ⁵ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง⁶

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คือ .33 ($r = .33$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 39.2 และคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดีมากคะแนนเฉลี่ย 53.56 ($SD = 8.4$) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในฐานะบุตร ทำให้เกิดความสงสาร มีความตั้งใจในการดูแลเนื่องจากการดูแลนั้นเกิดจากความรักรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการแสดงถึงความกตัญญูตอบแทนพระคุณบิดา มารดา จึงทำให้ผู้ดูแลปรับตัวกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bierhals และคณะ¹⁶ พบว่า สัมพันธภาพของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ($p = .005$)

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คือ .10 ($r = .10$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานผู้ดูแลในครอบครัวที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 74.2 และแหล่งรายได้จากตนเอง (ผู้ดูแลในครอบครัว) คิดเป็นร้อยละ 80.8 ทำให้รายได้ของผู้ดูแลในครอบครัวไม่ส่งผลต่อความพร้อมในการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นได้เพราะมีครอบครัวช่วยแบ่งเบาระยะในการดูแล และพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 46.7 ทำให้ถึงแม้จะมีรายได้มากหรือน้อยก็มีความพร้อมในการดูแล บิดา มารดา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย⁷ พบว่า รายได้มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การมีรายได้เพียงพอ จึงสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและสามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 33 ซึ่งสนับสนุนแนวคิดคุณภาพชีวิตบางส่วนขององค์กรอนามัยโลก กล่าวคือ การเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดการลดลงภาวะซึมเศร้า จะช่วยทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวการรับรู้และรู้สึกพึงพอใจที่เป็นผลจากการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้การพยาบาลผู้ดูแลในครอบครัว โดยมุ่งเน้นการพยาบาลที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมากที่สุด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เนื่องจากการศึกษาค้นคว้านี้มุ่งเน้นที่ผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นการศึกษาจึงไม่ได้อธิบายไปถึงกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน และผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองควรมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาในการช่วยเหลือตนเอง ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

References

1. World Stroke Organization. Impact of stroke [Internet]. c2024 [cited 2023 Feb 12]. Available from: www.world-stroke.org
2. Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. Public health statistics [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2021 [cited 2023 Feb 12]. Available from: www.spd.moph.go.th/public-health-statistics
3. Dzevdet S, Biljana K, Osman S. Five-year survival-after first-ever stroke. Bosn J Basic Med Sci [Internet]. 2006 Aug [cited 2024 Jun 29]; 6(3): 17-22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16995842/doi:10.17305/bjbm.2006.3138> PubMed PMID: 16995842 PMCID: PMC7193668.
4. Department of Medical Services, Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guidelines for ischemic stroke. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. 7 p. (in Thai).
5. Ba M.S, Monkong S, Leelacharas S, Satitvipawee P. Factors explaining quality of life among family caregivers of people with stroke in Myanmar: A cross-sectional study. Pacific Rim Int J Nurs Res [Internet], 2022 Mar 5 [cited 2024 Jun 29]; 26(2): 355-369. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/256523/174562>
6. Leeuw D, Joop J, Don A. International handbook of survey methodology. Spain: Routledge Published; 2008. 560 p.
7. Seesuary F. Quality of life of caregivers in patients with stroke at king Chulalongkorn memorial hospital [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. 150 p. (in Thai).
8. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation. The barthel index. Md State Med J [Internet]. 1965 Feb [cited 2024 Jun 29]; 14; 61-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/> PubMed PMID: 14258950.



9. Department of Mental Health. WHOQOL-BREF-THAI [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://dmh.go.th>
10. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1998. 86 p. (in Thai).
11. Pankong O, Kangchai W, Sabgranonth R. Effects of self-help group on perceived burden and well-being of caregivers of the elderly with dementia. JFONUBUU [Internet]. 2022 Mar 8 [cited 2024 Jun 29];14(1): 47-57. Available from: <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/1513> (in Thai).
12. Vorapongsathorn T, Pandii W, Triamchaisri S. Construct validity of the CES-D depression. TH J CLI PSY. 1990; 21: 25-45. (in Thai).
13. Jitaree B. The factors influencing depression amongst the elderly at a community in Nakhon Pathom province [Thesis]. Bangkok: Christian University of Thailand; 2012.
14. IM-OTE P. Influencing factors of home care behaviors by family caregivers for stroke patients [Thesis]. Bangkok: Christian University of Thailand; 2007. (in Thai).
15. Chinasote Y. The study of quality of life among the caregivers of the patients with cerebrovascular disease in community Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. JPMAT [Internet]. 2018 Aug 22 [cited 2024 Jun 29]; 6(2): 140-9. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/141631/104956> (in Thai).
16. Efi P, Fani K, Eleni T, Stylianos K, Vassilios K, Konstantinos B, Chrysoula L, Kyriaki M. Quality of life and psychological distress of caregivers of stroke people. Acta Neurol Taiwan [Internet]. 2017 Dec 15 [Cited 2024 Jun 29]; 26(4): 154-166. Available from: http://www.ant-tnsjournal.com/Mag_Files/26-4/002.pdf PubMed PMID: 30315561.
17. Caro C, Costa J, Da C. Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. Occup Ther Health Care [Internet]. 2018 Apr [cited 2024 Jun 29]; 32(2): 154-171. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07380577.2018.1449046> doi: org/10.1080/ 07380577.2018.1449046
18. Carla, C. B. K., Bierhalsa, G. L., Lisiane, M. G., Paskulinc. Quality of life perceptions of family caregivers of older adults stroke survivors: A longitudinal study. Appl Nurs Res [Internet]. 2019 May 7 [cited 2024 Jun 29]; 47: 57-62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31113549/> doi: 10.1016/j.apnr.2019.05.003 PubMed PMID: 31113549.



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง

ชนกนันท์ คันธะยันต์* ศกุนตลา อนุเรือง** และ ศิริพันธ์ สาสัตย์***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม และดัชนีมวลกาย กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

รูปแบบการวิจัย: เชิงพรรณนาสหสัมพันธ์

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ พระสงฆ์โรคความดันโลหิตสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ 84 รูป เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84, .81, .86, .87, .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและพอยท์ไบซีเรียล

ผลการศึกษา: ประมาณ 1 ใน 3 ของพระสงฆ์ฯ เท่านั้น (ร้อยละ 38.1) ที่มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับ 4 คือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ และคงไว้ได้ แม้อยู่ในสภาวะกดดัน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาทางโลก ($r = .736$, $r = .659$, $r = .386$, $r = .295$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.765$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุป: การส่งเสริมความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์ อาจพิจารณานำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์จากการค้นพบในการศึกษานี้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง/ พระสงฆ์สูงอายุ/ โรคความดันโลหิตสูง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้รับผิดชอบหลัก

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม)



Selected Factors Related to Patient Activation Among Older Buddhist Monks with Hypertension

Chanoknunt Kuntayunt* Sakuntala Anuruang** and Siriphan Sasat***

Abstract

Objectives: To study patient activation among older Buddhist monks with hypertension and examine the relationships between depression, self-efficacy, illness perception, social support, secular education level, Dharma education level, and body mass index with patient activation.

Research Design: A descriptive correlational study.

Method: The sample included 84 hypertensive Buddhist monks aged 60 years and older who attended the medical outpatient department of a priest hospital in Bangkok, Thailand. The research instruments included a personal information form, the Thai Geriatric Depression Assessment Scale, a Self-Efficacy Perception Questionnaire, a Brief Illness Perception Questionnaire, a Social Support Questionnaire, and a Patient Activation Measure (PAM) Questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients for these instruments were .84, .81, .86, .87, and .88, respectively. Data were analyzed using means, standard deviations, Pearson's correlation coefficients, and point-biserial correlation.

Results: Only about 38.1% of the monks exhibited a high level of patient activation (level 4), characterized by successful behavior modification and maintenance even under pressure. Factors positively associated with patient activation were self-efficacy perception ($r = .736$), illness perception ($r = .659$), social support ($r = .386$), and secular education level ($r = .295$). Depression was negatively associated with patient activation ($r = -.765$), with all findings statistically significant at the .05 level.

Conclusion: Promoting patient activation among older Buddhist monks may benefit from addressing the identified factors. These findings can inform the development of programs aimed at enhancing patient activation among older Buddhist hypertensive monks.

Keywords: Patient activation/ older Buddhist monks/ hypertension

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(3) : 38-51

Article info: received May 15, 2024; revised July 24, 2024; accepted December 3, 2024

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Chanoknunt061135@hotmail.com

** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Thesis Advisor. Sakuntala.a@chula.ac.th

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Thesis Co-Advisor



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกว่า 1.28 พันล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยจากสถิติรายงานว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น² ในหลายประเทศประสบความสำเร็จในการสร้างความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของกลุ่มที่ยังไม่เป็นโรคและการป้องกันโรค¹ แต่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วพบว่า สถิติการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย หากผู้ป่วยควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล³ ส่งผลกระทบวงกว้างต่อระบบสุขภาพ

ประเทศไทยมีศาสนาพุทธเป็นศาสนาหลักจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 มติที่ 7 “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” มอบหมายให้กรมอนามัยเป็นแกนหลักร่วมกับภาคีเครือข่าย ขับเคลื่อนนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ปัจจุบันมีจำนวนพระสงฆ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565 จำนวน 205,513 รูปพบว่า คณะพระสงฆ์ยังมีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระสงฆ์สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอาพาธโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2563 รายงานความชุกโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์ไทย พบร้อยละ 6.7 ถึงร้อยละ 65.6⁴ ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญจนขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่าร้อยละ 50 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 53 อีกทั้งปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม เช่น การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขสูงขึ้น และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์และประสิทธิภาพการประกอบกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาลดลง

ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง (Patient Activation) การศึกษาในประเทศไทย มีการแปลจากคำศัพท์ Patient Activation เป็น “ความรับผิดชอบของผู้ป่วย” หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในทฤษฎีวิจัยแปลและให้ความหมาย Patient activation เป็น “ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง” ตามแนวคิดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของ Hibbard et al. (2004) ได้ให้คำนิยามของความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยว่า การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลสุขภาพของตนเองจะเป็นจุดเริ่มต้นให้จัดการตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) ความมั่นใจ แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 (ผู้ป่วยไม่มั่นใจ ขาดความรู้ ขาดเป้าหมาย และขาดความร่วมมือในการดูแลตนเอง) ระดับ 2 (ผู้ป่วยเริ่มหาความรู้ ตั้งเป้าหมายง่าย ๆ ในการดูแลตนเองได้) ระดับ 3 (ผู้ป่วยมีเป้าหมายหลัก แต่ขาดความมั่นใจและทักษะในการเริ่มพฤติกรรมใหม่) ระดับ 4 (ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ และคงไว้แม้อยู่ในสภาวะกดดัน) ซึ่งความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการที่มีผลต่อการพัฒนาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ทำนายพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลตนเอง การอ่านฉลากยา และรู้ฤทธิ์ของยา

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปีพ.ศ. 2555-2565 พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ และมีความพิการทั้งหมดจำนวน 26 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยในไทย 3 เรื่อง และงานวิจัยในต่างประเทศ 23 เรื่อง ปัจจัยมีดังนี้ 1) อายุพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้น



ในการดูแลตนเอง ($\beta = -0.207, p < .001$)⁷ 2) ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .471, p < .01$)⁸ 3) ภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.13, p = .025$)⁹ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .73, p < .01$)⁸ ($r = .76, p < .001$)¹⁰ 5) การรับรู้ความเจ็บป่วย พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .282, p < .001$)¹¹ 6) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .39, p < .01$) 7) การสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .524, p < .01$)^{8, 12} 8) ดัชนีมวลกาย พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง (95% CI = .48-10.34, $p = .032$) นอกจากนี้ในกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มผู้พิการแขนและอวัยวะส่วนบน มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองเพิ่มเติมจากการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) ระดับความปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.23, p = .01$) 2) ภาวะไร้ความสามารถ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.28, p < .01$) จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบตัวแปรที่เกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองทั้งหมด 10 ตัวแปร และมีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม ดัชนีมวลกาย ระดับความปวด ภาวะไร้ความสามารถ ตัวแปรที่ไม่เลือกมาศึกษา ได้แก่ ตัวแปรอายุ มีการศึกษาที่ชัดเจนก่อนหน้านี้ว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความ

กระตือรือร้นในการดูแลตนเอง และในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เนื่องจากการอธิบายบทบาทของแพทย์ที่มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย การให้ทางเลือกในการรักษา ซึ่งต่างจากบริบทการดูแลของพยาบาล ตัวแปรระดับความปวด และภาวะไร้ความสามารถ เป็นตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มศัลยกรรมและผู้พิการ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และดัชนีมวลกาย ส่วนระดับการศึกษา ในบริบทของพระสงฆ์ผู้วิจัยจึงแยกออกได้เป็น ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม

ทั้งนี้ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองมีความสำคัญกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยสะท้อนถึงบทบาทพยาบาลในการให้ความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเองกับผู้ป่วย นำสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี⁶ การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ในประเทศไทยมีการศึกษาแนวคิดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง แต่เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ของความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง และกลุ่มผู้ป่วยที่มีนิวโรในทางเดินปัสสาวะ ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่พิการแขนและอวัยวะส่วนบน ซึ่งเป็นการศึกษาในประชากรทั้งในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การศึกษาเฉพาะในวัยสูงอายุยังมีน้อย ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับ



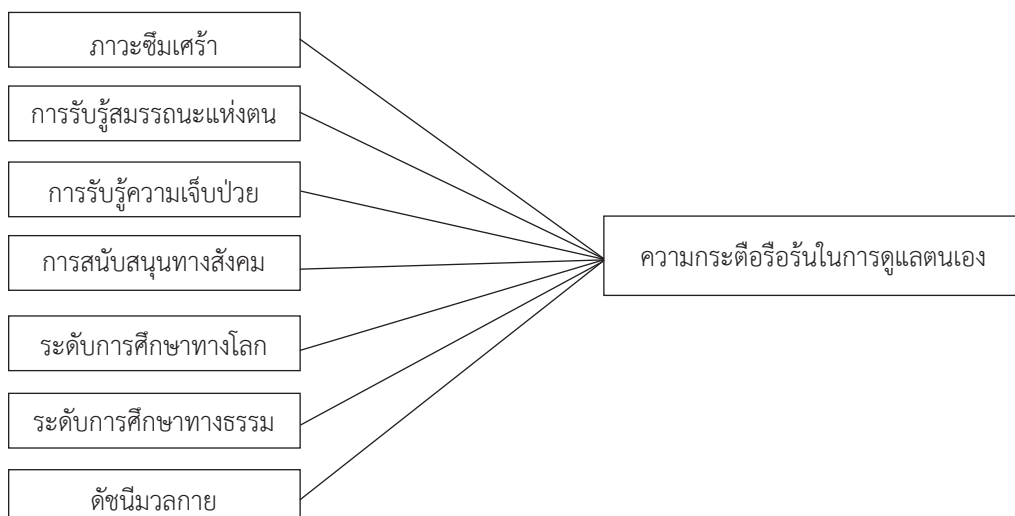
ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงยังพบปัญหาการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ทักษะในการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง อีกทั้งสถิติการอาพาธโรคความดันสูงของพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ในปี พ.ศ. 2564 เป็นอันดับ 2 รองจากโรคไขมันในเลือดสูง แต่ในปี พ.ศ. 2565-พ.ศ. 2566 พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก ด้วยช่องว่างแห่งความรู้จึงทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่ดูแลพระสงฆ์อาพาธ ได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ สนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธโรคความดันโลหิตสูง ประกอบกับองค์ความรู้ที่จะได้จากการศึกษา จะเป็นประโยชน์นำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง โดยพิจารณาตัวแปรที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ และมีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และดัชนีมวลกาย ส่วนระดับการศึกษา โดยในบริบทของพระสงฆ์จะแบ่งได้เป็นระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม และดัชนีมวลกาย กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



คำถามการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าและดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในลักษณะของการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยที่พระสงฆ์สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลสงฆ์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดนัยสำคัญที่ .05 อำนาจในการทดสอบเท่ากับ .8 ยังไม่มีงานวิจัยที่ใกล้เคียง จึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลางของ Cohen¹⁹ เท่ากับ .3 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power พบว่า ใช้กลุ่มตัวอย่าง 84 รูป

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ชนิด 2) สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1) มีกิจธุระเร่งด่วน ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นเองโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ระดับความดันโลหิตวัดที่สถานพยาบาล ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของวันที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมารับการตรวจที่โรงพยาบาลสงฆ์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นแบบประเมินที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)¹⁴ แปลมาจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1982) มีทั้งหมด 30 คำถาม ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดให้ตอบ 2 คำตอบคือ ใช่-ไม่ใช่ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนนรวม 0-12 หมายถึง ปกติ คะแนนรวม 13-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนรวม 16-20 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนรวม มากกว่า 20 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง สำหรับงานวิจัยนี้มีค่า



วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นโดย อภินันท์ คุตระกุล (2545)¹⁵ สร้างจากแนวคิดของ Bandura (1986) Cronbach's alpha .78 ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 6 ข้อ ด้านการรับประทานยา 5 ข้อ ด้านการตรวจตามนัด 2 ข้อ และด้านการควบคุม ปัจจัยเสี่ยง 5 ข้อ รวมทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด ไปจนถึงระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ คือ ไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์ การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 29-145 คะแนน โดยการแปลผลคะแนน คือ คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อของ พิมพา เทพวัลย์ (2553)¹⁶ แปลเป็นภาษาไทย จากเครื่องมือ The Brief Illness Perception Questionnaire โดย Broadbent et al. (2006) มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามเหลือเพียง 8 ข้อ ตัดข้อ 9 เนื่องจากเป็นคำถามปลายเปิดไม่นำมาคิดคะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านความคิด คำถาม 6 ข้อ คำถามด้านบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5 คำถามทางด้านลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 7 2) ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ คำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 8 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-80 คะแนน

คะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social support questionnaire part 2) ของ มธุรส จันทร์แสงสี (2540)¹⁷ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981) มีข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยผู้วิจัยดัดแปลงปรับสำนวนภาษาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ ลักษณะเครื่องมือเป็น Likert Scale 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ได้รับ” หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึง “มาก” หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึกตามข้อความมากให้ 4 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนน้อย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรับผิดชอบของผู้ป่วยของ¹³ แปลเป็นภาษาไทย จากเครื่องมือ Patient Activation Measure (PAM-13) พัฒนาโดย Hibbard et al. (2005)¹⁸ โดยประเมินเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย มีคำถาม 13 ข้อ โดยผู้วิจัยดัดแปลง ปรับสำนวนภาษาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ มีคำตอบแบบ Likert scale 4 ระดับ “ไม่เห็นด้วยอย่างมาก” ให้ 1 คะแนน ไปถึง “เห็นด้วยอย่างมาก” ให้ 4 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยการนำคะแนนที่ได้มาแปลงให้มีระดับคะแนน คือ 0-100 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง การแสดงออกในการดูแลภาวะสุขภาพตนเองที่มากกว่า ซึ่งแบ่งได้เป็น



4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 (คะแนน ≤ 47 คะแนน) บุคคลยังไม่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับที่ 2 (คะแนน 47.1-55.1) บุคคลยังขาดความรู้พื้นฐานหรือไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ระดับที่ 3 (คะแนน 55.2-67.0) บุคคลมีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออกแต่ขาดความมั่นใจและทักษะในการเริ่มพฤติกรรมใหม่ ระดับที่ 4 (คะแนน ≥ 67.1) บุคคลสามารถปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นเมื่อเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สหสถาบันจุฬาฯ ชุดที่ 1 (IRB No. 660100) วันที่รับรอง 16 สิงหาคม 2566 ถึง 15 สิงหาคม 2567 และคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ (IRB No. 19/2566) วันที่รับรอง 22 พฤศจิกายน 2566 ถึง 22 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย และจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาในภายหลังทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่ออนุมัติแล้วจึงดำเนินการยื่นขอจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลสงฆ์

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อกำหนดวันเวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการเข้าพบพระสงฆ์อาพาธที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ด้วยตนเอง สอบถามข้อมูลการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

3.2 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับพระสงฆ์อาพาธที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย

3.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อคำถาม แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านได้หรือมองไม่ชัด ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เวลาการเก็บข้อมูลในพระสงฆ์แต่ละรูปใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้



1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับความดันโลหิตวัดที่สถานพยาบาล BMI นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก BMI โดยสถิติ Pearson's Product Moment correlation วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาทางธรรม โดยสถิติ Point biserial correlation กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.19) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.43) มีจำนวนพรรษามากกว่า 20 พรรษา กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.67) มีระดับ

การศึกษาทางโลกในระดับประถมศึกษา ส่วนการศึกษาทางธรรม ร้อยละ 45.24 เป็นนักธรรมชั้นเอก กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ในอ้วนระดับ 1 (BMI 25-29.9) ร้อยละ 40.48 กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสามมีระดับความดันโลหิตวัดที่สถานพยาบาลอยู่ในระดับ Isolated systolic hypertension (ISH) (SBP $\geq$ 140 และ DBP < 90) ร้อยละ 35.71

2. พระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.1 (จำนวน 32 รูป) มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับ 4 (บุคคลปรับตัวแสดงพฤติกรรมสุขภาพใหม่และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นเมื่อเผชิญความเครียด) รองลงมาคือ ระดับ 3 (บุคคลมีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมการแสดงออกในการดูแลสุขภาพ) ระดับ 2 (บุคคลขาดความรู้พื้นฐานหรือไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ) และระดับ 1 (บุคคลไม่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง) (ร้อยละ 36.90, 22.62, 2.38 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง (n = 84)

ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ระดับที่ 1 บุคคลไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง (คะแนน $\leq$ 47)	2	2.38	45.19	1.36
ระดับที่ 2 บุคคลขาดความรู้พื้นฐาน ไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพ คำแนะนำการดูแลสุขภาพ (คะแนน 47.1-55.1)	19	22.62	51.22	2.15
ระดับที่ 3 บุคคลมีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออก (คะแนน 55.2-67.0)	31	36.90	60.42	3.36
ระดับที่ 4 บุคคลสามารถปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่ และคงไว้ได้ในภาวะเครียด (คะแนน $\geq$ 67.1)	32	38.10	76.02	8.68
โดยรวม	84	100	63.92	11.82



ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ภาวะซึมเศร้า	1							
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.569*	1						
3. การรับรู้ความเจ็บป่วย	-.552*	.525*	1					
4. การสนับสนุนทางสังคม	-.264*	.343*	.153	1				
5. ระดับการศึกษาทางโลก	-.307*	.163	.219*	.130	1			
6. ระดับการศึกษาทางธรรม	-.059	.017	.062	.042	.129	1		
7. ดัชนีมวลกาย	-.038	.085	.159	.131	-.049	-.007	1	
8. ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง	-.765*	.736*	.659*	.386*	.295*	.008	.070	1

*p-value < .05

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาทางโลก $p < .05$ ($r = .736, r = .659, r = .386, r = .295$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.765$) ดังแสดงในตารางที่ 2

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง มี 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาทางโลก สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษาทางธรรม และดัชนีมวลกาย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .736$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า พระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความ

ดันโลหิตสูงที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น จะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูงขึ้น เนื่องด้วยบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการและดำเนินการ จะนำมาซึ่งการแสดงพฤติกรรมออกมา เป็นสิ่งสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ Mirmazhari et al. (2022)¹⁰ ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะสูงขึ้น และระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูงขึ้น

2. การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .659$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า พระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตตนเองมาก จะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูง เนื่องด้วยการรับรู้ความเจ็บป่วยอาจมีการปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา การรับรู้ความเจ็บป่วยรวมถึงอารมณ์ด้านลบที่ลดลงเมื่อการรักษาดำเนินไปและผู้ป่วย



ปรับตัวได้แล้ว ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2019)¹¹ ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยสูงขึ้น ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะสูงขึ้น

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .386$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ด้านความรู้ ด้านทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากเมื่อบุคคลได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความเอาใจใส่ และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ จะทำให้ความกระตือรือร้นในการดูแลสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu et al. (2022)⁸ และ Tang et al. (2022)¹² พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

4. ระดับการศึกษาทางโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .295$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า เมื่อพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการศึกษาทางโลกสูงขึ้น จะมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูง เนื่องจากเมื่อการศึกษาที่สูงขึ้น ผู้ป่วยจะเรียนรู้ได้ดีขึ้น เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคได้ดียิ่งขึ้น รับผิดชอบต่อสำคัญในการจัดการกับโรค และมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu et al. (2022)⁸ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน

5. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.765$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

พบว่า พระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นจะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองต่ำ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า จึงมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Zakeri et al. (2021)⁹ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

6. ระดับการศึกษาทางธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากการศึกษาทางธรรมเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพระพุทธศาสนา ด้านหลักธรรม พุทธประวัติ และพระวินัย ซึ่งไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องของความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิศวรรค์ วุฒิสักดิ์สกุล (2561) พบว่า ระดับการศึกษาทางธรรมไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเกิดจากการที่พระสงฆ์สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองมาก

7. ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องด้วยวิถีชีวิตพระสงฆ์ที่ประกอบอาหารฉันเองไม่ได้ ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวขัดพระธรรมวินัย แต่ยังมีกิจกรรมทางกาย เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เดินจงกรม การเดินบิณฑบาต พระสงฆ์จึงมีดัชนีมวลกายสูง และเมื่อดัชนีมวลกายสูงขึ้น ไม่ได้ส่งผลให้ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองลดลง อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์นอกจากดัชนีมวลกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al. (2022) พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุน



ทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก และภาวะซึมเศร้า ซึ่งพยาบาลสามารถนำปัจจัยเหล่านี้ไปพัฒนาแนวทางในการดูแลพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง การคัดกรองและจัดการกับภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์ เป็นต้น ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้คงไว้ได้แม้ในภาวะเครียดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ได้แก่ การศึกษามุมมองและปัญหาของพระสงฆ์ในการกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

References

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization [Internet]; 2021 [cited 2022 Dec 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Aekplakorn W, editor. The Sixth survey of Thai people's health by physical examination 2019-2020. Bangkok: Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital [Internet]; 2021. 360 p. [cited 2022 Apr 2]. Available from: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/sreport6/sreport6_full.pdf. (In Thai).
3. Schmaderer MS, Zimmerman L, Hertzog M, Pozehl B, Paulman A. Correlates of patient activation and acute care utilization among multimorbid patients. West J Nurs Res [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2022 Dec 17]; 38(10):1335-53. doi-org.chula.idm.oclc.org/10.1177/0193945916651264.
4. Jeamjitvibool T, Tankumpuan T, Lukkahatai N, Davidson PM. Noncommunicable diseases and social determinants of health in Buddhist monks: An integrative review. RINAH [Internet]. 2022 Feb 5 [cited 2022 Dec 17];45(2):249-60. doi-org.chula.idm.oclc.org/10.1002/nur.22215.
5. Choocherd S. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centred care and quality of life in patients with coronary artery bypass graft surgery [Thesis]. Mahidol university; 2015. 177 p. (In Thai).
6. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. Health Serv Res [Internet]. 2004 Aug 1 [cited 2022 Dec 17]; 39(4p1): 1005-26. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x. PMID: 15230939; PMCID: PMC1361049.



7. Wilkinson TJ, Memory K, Lightfoot CJ, Palmer J, Smith AC. Determinants of patient activation and its association with cardiovascular disease risk in chronic kidney disease: A cross-sectional study. *Health Expect* [Internet]. 2021 Jun [cited Dec 17]; 24(3): 843-52. doi: 10.1111/hex.13225. Epub 2021 Apr 9. PMID: 33835670; PMCID: PMC8235879.
8. Zhu Y, Song Y, Wang Y, Ji H, Wang D, Cai S, et al. Relationships among social support, self-efficacy, and patient activation in community-dwelling older adults living with coronary heart disease: A cross-sectional study. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2022 Nov-Dec [cited Dec 17]; 48: 139-44. doi: 10.1016/j.gerinurse.2022.09.008. Epub 2022 Oct 8. PMID: 36219932.
9. Zakeri MA, Dehghan M, Ghaedi-Heidari F, Zakeri M, Bazmandegan G. Chronic patients' activation and its association with stress, anxiety, depression, and quality of life: A survey in Southeast Iran. *Biomed Res Int* [Internet]. 2021 Mar 25 [cite Dec 17]; 6614566. doi: 10.1155/2021/6614566. PMID: 33834068; PMCID: PMC8018869.
10. Mirmazhari R, Ghafourifard M, Sheikhalipour Z. Relationship between patient activation and self-efficacy among patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *Ren Replace Ther* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2022 Dec 17]; 8(1): 1-11. doi-org.chula.idm.oclc.org/10.1186/s41100-022-00431-6.
11. Kim S, Kim E, Ryu E. Illness perceptions, self-care management, and clinical outcomes according to age-group in Korean hemodialysis patients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Nov 13 [cited 2022 Dec 17]; 16(22): 4459. doi: 10.3390/ijerph16224459. PMID: 31766240; PMCID: PMC6888085.
12. Tang T, Dou B, Zha HX, Tao LS, Gu ZJ, Liu KY, Xie WP. Factors related to activation in Chinese patients with Chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional survey study. *J Nurs Res* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited Dec 17]; 30(3): e209. doi: 10.1097/jnr.0000000000000491. PMID: 35471203.
13. Choocherd S, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Yottasurodom C. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centred care and quality of life in patients with coronary artery bypass graft surgery. *J Nurs Sci*. 2016; 34(2): 94-106.
14. Train the Brain Forum Thailand. Thai Geriatric Depression Scale. *Siriraj Hosp Gaz*. 1994; 46(1): 1-9. (In Thai).
15. Kutrakul A. Perceived self-care efficacy of hypertensive patients in Sansai hospital San Sai District [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002. 45 p. (In Thai).
16. Thepphawan P. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in prediction decision making for receiving treatment among



- patients with acute coronary syndrome [thesis]. Mahidol University; 2010. 99 p. (In Thai).
17. Junsangsri M. Relationship between personal factors, perception of health status, social support and activities of elderly in Rongmuang sub-district Pathumwan, Bangkok metropolis [thesis]. Chulalongkorn University; 1997. 120 p. (In Thai).
18. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. Health Serv Res [Internet]. 2005 Dec [cited Dec 17]; 40(6 Pt 1): 1918-30. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x. PMID: 16336556; PMCID: PMC1361231.
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic



บทความวิจัย

การพัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพร ประคบเย็นเพื่อบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง : การศึกษาความเป็นไปได้*

ณัฐพงศ์ จันมาลา** รัตน์ศิริ ทาโต***

โรงพยาบาลสมุทรปราการ อำเภอมือง สมุทรปราการ 10270

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของนวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น บรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมต้นแบบ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง

วิธีการดำเนินการวิจัย: กระบวนการพัฒนานวัตกรรมประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 2) ออกแบบและผลิตนวัตกรรมภายใต้ทฤษฎีควบคุมประตูดและจากการทบทวนวรรณกรรม และ 3) นำไปทดสอบความเป็นไปได้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด นวัตกรรมผ่านการประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมต้นแบบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน การทดลองใช้งานโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง จำนวน 5 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย นวัตกรรมต้นแบบ แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้งานนวัตกรรม และแบบประเมินความปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่านวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น มีคะแนนเฉลี่ยความสะดวกต่อการใช้งานเท่ากับ $4.6 (\pm 0.54)$ คะแนนเฉลี่ยการใช้ประโยชน์ได้จริงเท่ากับ $4.80 (\pm 0.44)$ นวัตกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความปลอดภัยต่อการใช้งานเท่ากับ $5.00 (\pm 0.00)$ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมเท่ากับ $4.80 (\pm 0.44)$ และเปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม พบว่า สามารถลดอาการปวดได้ โดยคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนได้รับนวัตกรรมอยู่ที่ 8.2 คะแนน และหลังได้รับนวัตกรรมอยู่ที่ 5 คะแนน ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำไปศึกษาต่อในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง จึงมีความเหมาะสมนำไปศึกษาในระยะถัดไปกับจำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

คำสำคัญ: ผ่าตัดเปิดช่องท้อง/ ความปวด/ เจลสมุนไพร/ ประคบเย็น

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(3) : 52-65

* เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

*** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Development and Pilot Testing of a Thai Herbal Cold Compression Abdominal Binder for Abdominal Pain Relief in Open Abdominal Surgery Patients: Feasibility Study*

Nattapong Chanmala** Ratsiri Thato***

Abstract

Purpose: To develop and assess the feasibility of an innovative Thai herbal cold compression abdominal binder for relieving pain in post-abdominal surgery patients.

Design: This research involved developing a prototype innovation as part of a broader study investigating the effects of the Thai herbal cold compression abdominal binder on pain in postoperative abdominal surgery patients.

Methods: The innovation development process consisted of three phases: 1) Studying the issues faced by postoperative patients, combined with a literature review; 2) Designing and producing the innovation based on the Gate Control Theory and insights from the literature review; 3) Testing the feasibility of the innovation with postoperative patients. The innovation was evaluated for suitability by five experts. The sample included five patients who had undergone abdominal surgery, selected through purposive sampling. Instruments used included the innovation prototype, a satisfaction questionnaire, and a pain assessment form. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations.

Results: The innovation received an average usability score of 4.6 (± 0.54), a practicality score of 4.80 (± 0.44), a safety score of 5.00 (± 0.00), and a satisfaction score of 4.80 (± 0.44). A comparison of pain scores before and after using the innovation showed effective pain reduction, with the average pain score decreasing from 8.2 before using the innovation to 5.0 afterward. The innovation is deemed suitable for further study in a larger sample of postoperative abdominal surgery patients.

Keywords: Open abdominal surgery/ pain/ Thai herbal gel/ cold compression

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(3) : 52-65

Article info: received May 3, 2024; revised July 19, 2024; accepted December 2, 2024

* A Submitted in Thesis The Effect Of Using Thai Herbal Cold Compression Abdominal Binder On Pain In Patient After Open Abdominal Surgery.

** Registered Nurse, Practitioner Level Samutprakarn Hospital

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

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



บทนำ

การผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Open Abdominal Surgery) เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีการเปิดช่องท้องเข้าไปสู่อวัยวะภายในช่องท้อง โดยมีเป้าหมายในการผ่าตัดเพื่อรักษาโรค และวินิจฉัยโรค การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องส่วนใหญ่มักพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีการรื้อหรือทะลุของกระเพาะอาหารหรือลำไส้ มีการอุดตันของระบบทางเดินอาหาร ไส้ติ่งอักเสบ ถุงน้ำดีอักเสบ เป็นต้น¹ จากการรายงานของกองการบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2565) พบผู้ป่วยในประเทศไทยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องในปี พ.ศ. 2564-2565 มีจำนวน 150,572 และ 141,600 รายตามลำดับ

การผ่าตัดเปิดช่องท้อง ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และเส้นประสาท ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดเกิดขึ้น โดยลักษณะของอาการปวดที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องพบว่า มีลักษณะของอาการปวดแบบจี๊ด และตำแหน่งที่พบความปวดมากคือบริเวณตรงกลางหน้าท้อง ความปวดนี้จัดว่าเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน² โดยความปวดที่เกิดจากแผลผ่าตัด (Postoperative pain) เป็นประสบการณ์เชิงลบในทุกกลุ่มอายุ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้³ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับความปวด โดยจัดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital sign) ของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินและติดตามอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยพบความรุนแรงของความปวดภายหลังจากการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก มีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลางไปจนถึงระดับรุนแรง และจะลดลงเป็นระดับเล็กน้อยในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง^{4,5}

ระดับความรุนแรงของความปวด ภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องในแต่ละบุคคลนั้น มีความแตกต่างกัน ซึ่งระดับความปวดจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยประกอบกัน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ทักษะการรับรู้ความปวด, ประสบการณ์ของ

บุคคล และการตั้งเป้าหมายระดับความปวด 2) ปัจจัยด้านการผ่าตัด ประกอบด้วย ลักษณะของการผ่าตัด, ตำแหน่งของการผ่าตัด, ชนิดของการผ่าตัด, ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และขนาดของแผลผ่าตัด⁶ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น มีทั้งปัจจัยที่สามารถจัดการได้ และไม่สามารถจัดการได้ หากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ทำให้สามารถเกิดปอดแฟบ เนื่องจากความปวดจากการผ่าตัด จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้น ปริมาตรความจุปอดลดลง การแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง เกิดผลกระทบต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด โดยความปวดจากการผ่าตัด ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากกว่าปกติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความต้านทานปลายทาง (Peripheral vascular resistance) เพิ่มขึ้น ความดันโลหิต และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นและการเสียเลือดจากการผ่าตัดอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้ว ความปวดยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นตัวช้า ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนานมากขึ้น และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น⁸

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่สามารถจัดการบรรเทาอาการได้ ปัจจุบันมีแนวทางในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็น 3 รูปแบบหลัก คือ 1) การจัดการความปวดด้วยการใช้ยา 2) การจัดการความปวดด้วยการไม่ใช้ยา และ 3) การจัดการความปวดแบบผสมผสาน² จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาและคิดค้นนวัตกรรมในการลดปวดอย่างต่อเนื่อง และพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องยังคงเผชิญกับความปวดหลังผ่าตัด และยังเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานมากขึ้น ฉะนั้นเพื่อให้การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้อง



มีการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อตอบสนองต่อความรู้ เป็นนวัตกรรมที่ใช้งานได้ง่าย ใช้ประโยชน์ได้จริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย และเกิดการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดได้รวดเร็วมากขึ้น

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการจัดการอาการปวดด้วยการไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้ ที่จะช่วยลดอาการปวดภายหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะใน 24-72 ชั่วโมง จากการเรียนที่ผ่านมามีพบว่า มีวิธีการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดด้วยกันอยู่หลายวิธี ที่พบกันอย่างแพร่หลาย คือ การประคบเย็นและการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง โดยจากการศึกษาเรื่องการประคบเย็น พบว่า ความเย็นทำให้อัตราการขนส่งผ่านประสาทความปวดของเส้นประสาทลดลง เกิดการยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวด ไม่ให้ส่งกระแสประสาทไปยังสมองทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลงโดยอุณหภูมิความเย็นที่มีประสิทธิภาพในการลดปวดได้นั้นควรมีอุณหภูมิอยู่ในช่วง 10-15 องศาเซลเซียส และควรประคบเย็นเป็นเวลา 15-20 นาที^{3, 9} การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง โดยผ้ารัดหน้าท้องจะช่วยประคองแผลผ่าตัด ลดการกระทบกระเทือนของเนื้อเยื่อ เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น^{3, 10} จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะพบว่า การจัดการความปวดแบบเดิมนั้นผู้ป่วยจะถูกจำกัดให้อยู่บนเตียงขณะที่มีการให้กิจกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ในขณะนั้น และชนิดของผ้าที่นำมาใช้ในการพุงหน้าท้องพบว่า ความกระชับในการพุงหน้าท้องยังมีข้อจำกัดขณะที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาผ้ารัดหน้าท้อง โดยนำมาใช้ร่วมกับการประคบเย็น เพื่อช่วยในการลดอาการปวด และผู้ป่วยยังคงการมีกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ในการประคบเย็นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ในโรงพยาบาลยังมีข้อจำกัดในเรื่องของปริมาณเจลที่ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ที่จะนำมาประคบในการลดปวด และพบว่าเจลนั้นมีราคาที่สูง¹¹ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา พบว่า มีการผลิตเจลขึ้นใช้ภายใน

โรงพยาบาล และมีการนำสมุนไพรมาใช้ในการผลิตเป็นเจลที่ใช้ในการประคบลดปวดแทนการใช้เจลทั่วไป ซึ่งพบสมุนไพรที่มีการเลือกใช้คือ กลุ่มสมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น เช่น ยา 5 ราก และใบบัวบก เป็นต้น¹²

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเป็นนวัตกรรม โดยเป็นการผสมผสานร่วมกัน ระหว่างการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง การประคบเย็น และการใช้สมุนไพรไทยนำมาทำเป็นเจลทดแทนเจลทั่วไป เป็นนวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยมีหลักแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรม คือ มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด มีความสะดวกเหมาะสมต่อการใช้งาน ใช้ศาสตร์องค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาล และมีความคิดสร้างสรรค์มุ่งผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของ Melzack & Wall, 1965¹³ ร่วมกับแนวคิดการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง แนวคิดการประคบเย็น และแนวคิดการประคบโดยใช้สมุนไพรเพื่อมุ่งหวังในการลดอาการปวดของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของนวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง

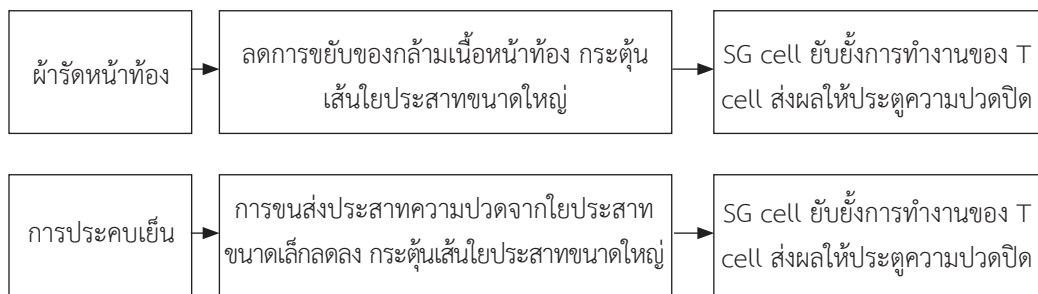
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือ (Instrument development research) นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของ Melzack & Wall, 1965¹³ ร่วมกับการใช้แนวคิดการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง แนวคิดการประคบเย็น และแนวคิดการประคบโดยใช้สมุนไพร โดยทฤษฎีควบคุมประตูประกอบไปด้วยกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่



ใยประสาทขนาดเล็ก โดยเอส จี. เซลล์ มีหน้าที่สำคัญในการควบคุมปรับเปลี่ยนสัญญาณประสาท ที่นำเข้าสู่ไขสันหลัง ผ่านไปสู่ออกซิเจน และส่งต่อกระแสความรู้สึกไปยังสมอง เมื่อมีกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ ผ่านมาที่เอส จี เซลล์ จะกระตุ้นทำให้เกิดการยับยั้งการทำงานของเซลล์ในไขสันหลัง จึงไม่มีกระแสประสาท

ส่งไปยังสมอง เรียกว่าประตูปิด จึงทำให้อาการปวดลดลง จากทฤษฎีควบคุมประตู สามารถทำการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เพื่อปิดประตูความเจ็บปวดด้วยการใช้ฝารัดหน้าท้อง และการประคบเย็นด้วยเจลสมุนไพร โดยอธิบายร่วมกับแนวคิดการใช้ฝารัดหน้าท้อง และการใช้เจลสมุนไพรประคบเย็น สามารถอธิบายได้ดังนี้



สมุนไพร ได้แก่ 5 ราก มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบแก้ปวด โดยในตัวยาทารากจะยับยั้งการสร้าง nitric oxide ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบปวดบวมในเซลล์ macrophage¹⁴ ใบบัวบก สารสกัดเอทานอลจากใบมีฤทธิ์ลดการอักเสบโดยไปยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase-1 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ prostaglandin ส่งผลให้ลดการอักเสบและลดปวดได้¹⁵

กระบวนการพัฒนานวัตกรรม ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวปฏิบัติในการสร้างและพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมโดยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)¹⁶ โดยประกอบด้วย 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ศึกษาสถานการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยทำการศึกษาจากทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการทำสนทนากับผู้ป่วยในประเด็นปัญหาความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด โดยพบว่า ภายหลังการผ่าตัดนั้นผู้ป่วยมีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ไปจนถึงระดับรุนแรง

ซึ่งการบรรเทาอาการปวดด้วยยาสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้ในขณะนั้นแต่พบว่า มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นและทำให้ผู้ป่วยนั้นไม่สบาย คือ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ภายหลังการได้รับยาบรรเทาอาการปวด

2) ศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องด้วยการใช้ฝารัดหน้าท้อง และการประคบเย็น โดยจากการศึกษาถึงพบข้อจำกัดในขณะที่ยาบรรเทาอาการปวดผู้ป่วยจะถูกจำกัดการทำการกิจวัตรประจำวันในอยู่บนเตียง รวมไปถึงผ้าที่ผูกหน้าท้องยังมีข้อจำกัดในการช่วยพยุงขณะที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนั้นพบว่า ในโรงพยาบาลยังพบปัญหาในเรื่องของเจลประคบเย็นไม่เพียงพอต่อจำนวนความต้องการ การใช้งาน และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการพัฒนาเจลจากสารสกัดธรรมชาติ การใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาผลิตเป็นเจลทดแทนเจลทั่วไปที่มีการใช้งานในปัจจุบัน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม

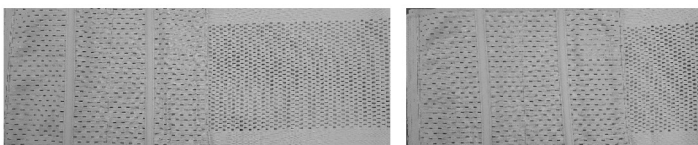
1) การนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มากำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตในการดำเนินการพัฒนานวัตกรรมฝารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น โดยมี



หลักแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรม คือ มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด มีความสะดวกเหมาะสมต่อการใช้งาน ใช้ศาสตร์องค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาล และมีความคิดสร้างสรรค์มุ่งผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก

2) การออกแบบและผลิตผ้ารัดหน้าท้อง โดยอิงจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา และได้ปรับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องเป็นการใช้ผ้าสแตยแทน เนื่องจากในด้าน

คุณสมบัติเรื่องของความกระชับหน้าท้อง การระบายอากาศของผ้า โดยผ้ารัดหน้าท้องมีขนาดความกว้าง 10 นิ้ว ความยาวของผ้า 25-30 นิ้ว และทำการเย็บให้เป็นช่องสำหรับใส่เจลสมุนไพร มีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าขนาดความกว้าง 4.5 นิ้ว ความยาว 10 นิ้ว ส่วนปลายทั้งสองด้านติดตีนตุ๊กแก เพื่อใช้ปรับระดับให้กระชับตามขนาดรูปร่างของผู้ป่วย¹⁷ ดังรูปภาพที่ 1

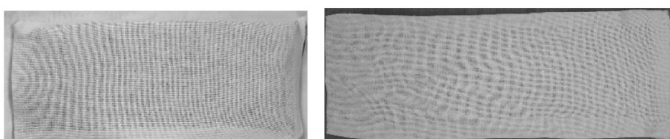


รูปภาพที่ 1 ผ้ารัดหน้าท้อง

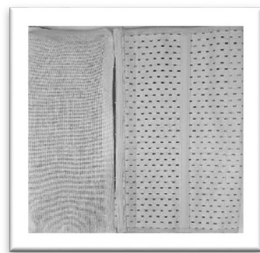
3) การจัดทำเจลสมุนไพร จากการศึกษาเอกสารตำราที่เกี่ยวข้องกับการนำสมุนไพรไทยมาใช้เป็นเจลประคบเย็น ร่วมกับการเรียนรู้ศึกษาจากหน่วยงานแพทย์แผนไทย ซึ่งจะพบการนำสมุนไพรในกลุ่มที่มีฤทธิ์เย็นมาใช้ และได้เลือกใช้สมุนไพรในกลุ่มที่มีฤทธิ์เย็นที่ประกอบด้วย สมุนไพร 5 ราก และใบบัวบก โดยหารากมีสรรพคุณในการแก้ไข้ ด้านการอักเสบ ลดปวดโดยในตัวยารากจะยับยั้งการสร้าง nitric oxide ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบปวดบวม ในเซลล์ macrophage¹⁴ ใบบัวบก มีสรรพคุณหอมเย็น โดยสารสกัดเอทานอลจากใบมีฤทธิ์ลดการอักเสบโดยไปยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase-1 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ prostaglandin ส่งผลให้ลดการอักเสบและลดปวด

ได้¹⁵ สกัดสมุนไพรทั้งสองชนิดด้วยวิธีการต้มในอัตราส่วนสมุนไพร 1:1 และทำการผสมผงคาร์โบพอลซึ่งเป็นสารก่อเจล ในอัตรา 100 กรัมต่อน้ำ 500 มิลลิลิตร โดยใส่ผงคาร์โบพอลทีละน้อยจนส่วนผสมเริ่มหนืดและเปลี่ยนรูปร่างกายเป็นเจล¹² นำเจลสมุนไพรที่ได้บรรจุในถุงผ้าฝ้ายสี่เหลี่ยมผืนผ้าขนาดความกว้าง 4 นิ้ว ความยาว 10 นิ้ว

4) การตรวจสอบความเหมาะสมผลิตภัณฑ์นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น และนำไปตรวจสอบความเหมาะสมของนวัตกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำคำแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้นวัตกรรมมีความเหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ใช้งานมากที่สุด



รูปภาพที่ 2 ถุงบรรจุเจลสมุนไพร



รูปภาพที่ 3 นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพร

รายงานผลประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวด จำนวน 1 ท่าน แพทย์แผนไทยที่มีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพร จำนวน 1 ท่าน และวิสัญญีแพทย์ระดับชำนาญการ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบถึงความเหมาะสมของนวัตกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านลงความเห็น ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ระยะที่ 3 ระยะทดสอบความเป็นไปได้ของ นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น

ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว จากนั้นนำ นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นไป ทดสอบความเป็นไปได้ของนวัตกรรม กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปิดช่องท้องโรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 5 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติคือ 1) เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่อง

ท้องใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด 2) ไม่เคยได้รับการ ผ่าตัดทางช่องท้องมาก่อน 3) มีความรู้สึกรับผิดชอบ สามารถ อ่านออก และเข้าใจภาษาไทย 4) ไม่มีโรคประจำตัวต้อง ห้ามใช้ความเย็น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้ โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ เกณฑ์ การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria) คือ กลุ่ม ตัวอย่างมีอาการแพ้ ผื่นขึ้น หรือมีอาการอื่นใดที่บ่งชี้ว่า เกิดการแพ้สมุนไพรหรือส่วนประกอบในเจลสมุนไพร

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับ เป็นต้น

ตารางที่ 1 ตารางแสดงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อความเหมาะสมของนวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพร ประคบเย็น

รายการแสดงความคิดเห็น	ร้อยละ
1) ความน่าสนใจของนวัตกรรม	95
2) ความแปลกใหม่ของนวัตกรรม	90
3) ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย และวัตถุประสงค์ของการสร้างนวัตกรรม	100
4) ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการผลิตและนำมาใช้งาน	85
5) การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น	95



ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน

2) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้งาน นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความสะดวกต่อการใช้งาน 2) การใช้ประโยชน์ได้จริงของนวัตกรรม 3) นวัตกรรมมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน และ 4) ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม ด้วยมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert's scale) 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) เกณฑ์ประเมินความพึงพอใจที่ยอมรับได้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.0 สรุปได้ว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความตรงตามเนื้อหาสามารถนำมาใช้โดยไม่ต้องปรับปรุง

3) แบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลข (numerical rating scale: NRS) เป็นการใช้ตัวเลขในการบอกระดับความรุนแรงของความปวดโดยกำหนดตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอกตัวเลขเพื่อระบุความรุนแรงของความปวดที่กำลังประสบ มาตรวัดตัวเลขนี้แบ่งระดับความปวดเป็นตัวเลข ดังนี้ ไม่มีความปวด = 0 คะแนน ปวดเล็กน้อย = 1-3 คะแนน ปวดปานกลาง = 4-6 คะแนน ปวดมากถึงมากที่สุด = 7-10 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) การขอจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมุทรปราการ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมุทรปราการ หมายเลข

รับรอง Nh02067 วันที่รับรอง 4 มีนาคม 2567 วันที่รับรองหมดอายุ 3 มีนาคม 2568

2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องโรคในระบบทางเดินอาหารจำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของนวัตกรรมโดยทำการเก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลสมุทรปราการ ทำการชี้แจงการพหิศาสตร์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ผู้ร่วมวิจัยทราบว่า การตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เมื่อท่านมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยในลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent) โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

3) เก็บข้อมูลความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ดังนี้

3.1) นำถุงเจลสมุนไพรแช่ในช่องแช่เย็น จากนั้นทำการวัดอุณหภูมิของถุงเจลสมุนไพรที่ได้อุณหภูมิอยู่ในช่วง 10-15 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่เหมาะสมในการประคบลดปวด

3.2) ประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการได้รับผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นโดยผู้วิจัย

3.3) ทำการรัดหน้าท้องของผู้ป่วยด้วยผ้ารัดหน้าท้องที่ผู้วิจัยทำขึ้น ให้มีความกระชับ และผ้ารัดหน้าท้องอยู่ได้สบายโครงโดยขณะรัดหน้าท้องกลุ่มตัวอย่างสามารถอยู่ในท่านั่ง หรือท่านอนก็ได้ จากนั้นนำถุงเจลสมุนไพรมาใส่ในช่องผ้ารัดหน้าท้อง โดยทำการรัดหน้าท้องและประคบเย็นเป็นเวลา 20 นาที และทำการเปลี่ยนถุงเจลสมุนไพรประคบเย็นทุก 10 นาที พร้อมทำการประเมินผิวหนังบริเวณที่รัดหน้าท้องและประคบเย็น



ขณะดำเนินการรัดหน้าท้องกลุ่มตัวอย่างคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

3.4) หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างได้ใช้นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นแล้ว ทำการประเมินความพึงพอใจ โดยแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้งานนวัตกรรมเป็นระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที และประเมินความปวดภายหลังการได้ใช้นวัตกรรม โดยผู้วิจัยดำเนินการประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) มีอายุตั้งแต่ 40-68 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 80, Mean = 60.2, SD = 11.4) มีระดับการศึกษาในระดับ

มัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 80) กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว และไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นกระเพาะอาหารทะลุ (ร้อยละ 80) ได้รับการผ่าตัดแบบ Explore laparotomy (ร้อยละ 100) ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาผ่าตัดอยู่ในช่วง 101-150 นาที (ร้อยละ 80, Mean = 111.25, SD = 6.29) ลักษณะของแผลผ่าตัดเป็นแบบ Midline incision (ร้อยละ 100) ขนาดของแผลผ่าตัดเฉลี่ยอยู่ที่ 7.57 เซนติเมตร ($\pm$ = 3.11) และยาแก้ปวดที่ได้รับเป็นยาชนิด Morphine IV (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของนวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น

1) ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น ภายหลังทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องจำนวน 5 คน ผลการศึกษาแสดงในตารางการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้



รูปภาพที่ 4 การใช้นวัตกรรมกับผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ตารางแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องในโรกระบบทางเดินอาหาร

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับ
1) ความสะดวกต่อการใช้งาน	4.60	0.54	มากที่สุด
2) การใช้ประโยชน์ได้จริงของนวัตกรรม	4.80	0.44	มากที่สุด
3) นวัตกรรมมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน	5.00	0.00	มากที่สุด
4) ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม	4.80	0.44	มากที่สุด



จากตารางที่ 2 พบว่า นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้อง เจลสมุนไพรประคบเย็น มีความเหมาะสม และเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ดำเนินการทดลองจริงกับผู้ป่วยภายหลัง การผ่าตัดเปิดช่องท้องในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมต่อไป จากการ ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมพบว่า นวัตกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความสะดวกต่อการใช้งานอยู่ใน ระดับมากที่สุด (Mean = 4.6 ± 0.54) คะแนนเฉลี่ยการใช้ประโยชน์ได้จริงของนวัตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.80 ± 0.44) นวัตกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความปลอดภัยต่อการใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 5.00 ± 0.00) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.80 ± 0.44)

2) จากการศึกษาความเป็นไปได้ของนวัตกรรม ผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น ในการบรรเทา อาการปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ในโรกระบบ ทางเดินอาหาร จำนวน 5 ราย สอบถามระดับความปวด ของผู้ป่วยโดยผู้ช่วยวิจัย ด้วยแบบประเมินความปวด มาตรวัดตัวเลข (numerical rating scale: NRS) พบว่า ระดับความปวดก่อนการได้รับนวัตกรรมมีค่าคะแนน เฉลี่ยความปวดอยู่ในระดับมาก (Mean = 8.2, SD = 0.83, Range 7-10) และภายหลังการได้รับนวัตกรรมผ้า รัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น มีค่าคะแนนเฉลี่ย ความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 5, SD = 1.58, Range 4-6) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่านวัตกรรมผ้ารัด หน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นช่วยบรรเทาอาการปวด ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องได้

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความเป็นไปได้ของนวัตกรรมผ้า รัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น โดยนำไปศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องที่เกี่ยวข้องกับ โรกระบบทางเดินอาหาร จำนวน 5 ราย ผลของการ ทดสอบความเป็นไปได้ของนวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจล สมุนไพรประคบเย็นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นพบว่า นวัตกรรม ผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น มีความสะดวกต่อ

การใช้งาน สามารถใช้งานได้ง่าย ไม่ซับซ้อน สามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในการลดอาการปวดภายหลัง การผ่าตัด โดยจากการประเมินระดับความปวดก่อน และหลังได้รับนวัตกรรมพบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วย ก่อนได้รับนวัตกรรม มีความปวดอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดอยู่ที่ 8.2 คะแนน และหลังได้ รับนวัตกรรม ระดับความปวดลดลงเหลือระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดอยู่ที่ 5 คะแนน

ระดับความปวดที่ลดลงสามารถอธิบายด้วย ทฤษฎีควบคุมประตูระดับไขสันหลังได้ว่า ผ้ารัดหน้าท้อง ช่วยในการพยุงหน้าท้อง ลดการขยับของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ขณะที่มีการเคลื่อนไหว ช่วยกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ส่งผลให้ สับแสดนเทียม เจลาตินโซชา (SG cell) ยังยัง กระแสประสาทความเจ็บปวดไม่ให้ Transmission cell ส่งกระแสประสาทไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงมีความปวดลดลง นอกจากนั้นความเย็นทำให้อัตราการขนส่งผ่านประสาท ความปวดลดลง กระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ชนิด (A-beta) ประสานงานกับสับแสดนเทียม เจลาตินโซชา (SG cell) ทำให้เกิดการยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บ ปวดไม่ให้ Transmission cell ส่งกระแสประสาทไปยัง สมอง นอกจากนั้นความเย็นยังสามารถกระตุ้นก้านสมอง ให้เกิดการหลั่งสาร Endorphins สามารถลดความเจ็บ ปวดได้ และเจลสมุนไพรที่ประกอบด้วย 5 ราก และใบ บัวบก โดยสมุนไพร 5 ราก ออกฤทธิ์ลดการอักเสบลด ปวด โดยในตัวยาทารากจะยับยั้งการสร้าง nitric oxide ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบปวดบวม ในเซลล์ macrophage จึงส่งผลทำให้ลดการอักเสบ ลดปวดได้¹⁴ และบัวบกมีฤทธิ์ลดการอักเสบโดยไปยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase-1 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ prostaglandin ส่งผลให้ลดการอักเสบและลดปวดได้¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของธนิกานต์ ฤกษ์ และปชาณภรณ์ นันทไทยวิกุล (2566) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการ ใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น มีค่าคะแนนเฉลี่ยความ ปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁸ และจากการศึกษาการ



ประคบเย็นด้วยเจลสมุนไพรของ อรุณรัตน์ อุทัยแสง และคณะ (2563)¹² ที่ทำการศึกษาผลของการใช้เจลสมุนไพรประคบเย็นเพื่อลดอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเย็นด้วยเจลสมุนไพรมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และอาการปวดศีรษะในกลุ่มที่ใช้เจลสมุนไพรต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้เจลธรรมดาประคบเย็นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)¹² นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของไพลิน เกษมสินธุ์ (2563) ศึกษาผลของการใช้ลูกประคบสมุนไพรไทยเย็นเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Ozkan & Cavdar. (2021)³ ศึกษาผลของการบำบัดด้วยความเย็นบริเวณแผลผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยความเย็นในช่วงที่ 1, 2 และ 8 ระดับของความปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)³

จากการศึกษาความปลอดภัยต่อการใช้งานนวัตกรรม พบว่าผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้งานนวัตกรรม และโดยภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า นวัตกรรมนำใช้งาน สามารถใช้งานได้ง่าย และสามารถช่วยลดปวดได้มาก ควรนำมาใช้ในการช่วยบรรเทาอาการปวดหลังการผ่าตัด ดังนั้นจึงสรุปได้ว่านวัตกรรมผ้ารัด

หน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปศึกษาต่อเพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดที่ใหญ่ขึ้นในลำดับต่อไป หากนวัตกรรมนี้มีประสิทธิผลในการบรรเทาอาการปวดได้ดี จะเกิดประโยชน์ต่อการนำไปสู่การดูแลให้การพยาบาลในการบรรเทาอาการปวดได้ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1) อุณหภูมิของเจลสมุนไพรที่เพิ่มขึ้นขณะการใช้งานเพื่อลดภาวะปวด จึงมีการเปลี่ยนถุงเจลสมุนไพรทุก 10 นาที

ข้อเสนอแนะ

1) การศึกษาประสิทธิภาพการใช้นวัตกรรมตามการรับรู้ของพยาบาลที่เป็นผู้ใช้นวัตกรรมสำหรับการบริการสุขภาพต่อผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

2) นวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ที่จะนำไปศึกษาต่อในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ ในการลดปวดของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ที่มีการออกแบบการวิจัยเป็นแบบทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องเจลสมุนไพรประคบเย็นต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องต่อไป



References

1. Sritan S. Effects of foot reflexology massage with breathing exercise on levels of pain in postoperative abdominal surgery patients. JPNHS [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 31]; 9(1): 37-46. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/71718/74072>. (In Thai).
2. Sawangchai J, Ngamkham S. Postoperative pain in patients after abdominal surgery at sawanpracharak hospital. Journal of the health science research [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 31]; 11(Suppl): 1-11. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/107897/85421>. (In Thai).
3. Ozkan B, Cavdar I. The Effect of Cold Therapy Applied to the Incision Area After Abdominal Surgery on Postoperative Pain and Analgesic Use. Pain Manag Nurs [Internet]. 2021 Dec [cited 2023 Jan 31]; 22(6): 775-82. doi:10.1016/j.pmn.2021.03.007. Epub 2021 Apr 24. PMID: 33903052.
4. Janchum S, Saesia W, Songwathana P. Pain management and outcomes among patients after thoracic or abdominal surgery. Nursing Journal CMU [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 31]; 49(3): 188-202. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/257605>. (In Thai).
5. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. J Pain [Internet]. 2016 Feb [cited 2023 Jan 31]; 17(2): 131-57. doi: 10.1016/j.jpain.2015.12.008. PMID: 26827847.
6. Othow CO, Ferede YA, Tawuye HY, Aytolign HA. The magnitude and associated factors of post-operative pain among adult patients. Ann Med Surg (Lond) [Internet]. 2022 Aug 22 [cited 2023 Jan 31]; 81:104406. doi: 10.1016/j.amsu.2022.104406. PMID: 36147180; PMCID: PMC9486549.
7. Mesbah A, Yeung J, Gao F. Pain after thoracotomy. BJA Educ [Internet]. 2015 Jun 8 [cited 2023 Jan 31]; 11(1): 1-7. doi: 10.1093/bjaceaccp/mkv005.
8. Gridsana T, Nunthaitaweekul P. The effect of symptom management program combined with abdominal binder with cold compression on pain in patients with open hepatectomy. Thai Journal of Nursing [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 30]; 72(4): 21-3. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/263102>. (In Thai).



9. Inthiyot K, Chanruangvanich W, Wongkongkam K, Oranratanaphan S. Impact of combined application of cold compression and abdominal binder as a pain management method on pain levels and postoperative ambulation in gynaecological patients having undergone open abdominal surgery. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 31]; 36(3): 83-102. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/250305>. (In Thai).
10. Gillier CM, Sparks JR, Kriner R, Anasti JN. A randomized controlled trial of abdominal binders for the management of postoperative pain and distress after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2016 May [cited 2023 Jan 31]; 133(2): 188-91. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.08.026. Epub 2016 Jan 14. PMID: 26892694.
11. Changpean S, Chaisiriphuwadol T, Supata W, Phetchanat K, Tangkawanich T. Development of a cold compress gel from spondias pinnata gum for application as the cold compress gel for nursing pain relief. *Journal of Health Research and Innovation* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 30]; 6(1): 1-14. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/261013/1-15>. (In Thai).
12. Utaisang A, Kaewpolngam P, Sanlad K, Singthong K, Jangsanam K, Prompap K, et al. The effect of cold herbal gel pack compress to release post traumatic headache of patients with mild traumatic brain injury. *Srinagarind Medical Journal* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 31]; 35(2): 217-23. Available from: <https://thaidj.org/index.php/smnj/article/view/8785>. (In Thai).
13. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* [Internet]. 1965 Nov 19 [cited 2023 Jan 31]; 150(3699): 971-9. doi: 10.1126/science.150.3699.971. PMID: 5320816.
14. Kwanhian W, Bunluepuech K. Cytotoxicity, anti-inflammation and antioxidant activities of water extracted ya-ha-rak. *Wichcha Journal Nakhon Si Thammarat Rajabhat University* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 31]; 37(Suppl): 27-38. Available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/wichcha/article/view/127260>. (In Thai).
15. Sanasit P, Homa P. Gotu kola. *JPMC* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 30]; 40(1): 149-52. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/261262>. (In Thai).
16. Prapha-inthara P. The best practice of creating and developing an innovative prototype in health. *THJPH* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 31]; 3(3): 132-42. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/244683>. (In Thai).
17. Yensri K. Effect of elastic abdominal binder on postpartum caesarean section pain.



Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 29]; 37(3): 531-9. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/259600/177977>. (In Thai).

18. Kasemsin P. Post cesarean pain relief by cold Thai herbal compress all patients nakhonphanom hospital. Nakhonphanom Hospital Journal [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 16]; 7(3): 14-23. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/253052/170693. (In Thai).



บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน ในชุมชน

รวินันท์ นุชศิลป์* เพชรธยา แป้นวงษา** ปริญฉัตร สิงหาบุตร*** และ พัทธรินทร์ จันทร์หอม****

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยและพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยแบบสำรวจสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 1) บุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 136 คน เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการดูแล 2) พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน รวม 18 คน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล 3) บุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 40 คน ถูกเลือกแบบเจาะจง เพื่อใช้ในการดำเนินและประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม 2) แบบประเมินระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม 3) แบบประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85, 0.87 และ 0.81 ตามลำดับ มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82, 0.84 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และทดสอบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความปวดและระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย หมอนวดแผนไทยชุมชน ร่วมกันพัฒนาตามข้อมูลจากกระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ระดับความปวดและระดับความรุนแรงลดลง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อม/ พยาบาลเวชปฏิบัติ/ นักการแพทย์แผนไทย/ หมอนวดแผนไทยชุมชน

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(3) : 66-85

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

** อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

*** แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง อำเภอมะนัง จังหวัดพิษณุโลก

**** แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดจันทร์ อำเภอมะนัง จังหวัดพิษณุโลก



Development of a Model for Caring for Osteoarthritis in the Community by Nurse Practitioners, Thai Traditional Medicine Practitioners, and Thai Community Masseuses

Ravinun Nuchasilp*, Pattaya Panvongsa**, Pariyachat Singhabut*, and Phatcharin Chanhom****

Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

Abstract

Purpose: To develop and study the effects of a model for caring for osteoarthritis in the community involving nurse practitioners, Thai traditional medicine practitioners, and Thai community masseuses.

Design: Research & Development

Methods: The research surveyed the proportion and severity of osteoarthritis. The sample group was divided into: 1) 136 individuals aged 50 years and over to study problems and needs for care, 2) Practical nurses, Thai traditional medicine practitioners, and community Thai masseuses (18 people in total) to develop a care model, and 3) Forty individuals with knee osteoarthritis who were purposively selected to implement and evaluate the osteoarthritis care model in the community. Tools used included: 1) An osteoarthritis screening assessment form, 2) An osteoarthritis severity assessment form, and 3) An evaluation form for osteoarthritis care in the community, with content validity indices of 0.85, 0.87, and 0.81, respectively. Interrater reliability coefficients were 0.82, 0.84, and 0.79, respectively. Data were analyzed using content analysis and the t-test.

Results: The self-management behavior of individuals with knee osteoarthritis significantly improved ($p < 0.05$). Pain levels and severity of osteoarthritis significantly decreased ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study demonstrate that a care model for osteoarthritis in the community, collaboratively developed by practical nurses, Thai traditional medicine practitioners, and community Thai masseuses through a health partnership process, can lead to improved self-management behavior and reduced pain levels and osteoarthritis severity.

Keywords: Development of a care model for osteoarthritis in the community/ Nurse practitioner/ Thai traditional medicine practitioner/ Thai community massage

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(3) : 66-85

Article info: received June 29, 2023; revised November 18, 2023; accepted December 16, 2024

* Corresponding author, lecturer community, faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University,
E-mail: ravinun.n@ru.ac.th

** lecturer, faculty of Science and Technology, Petchabun Rajabhat University

*** Thai Traditional Medicine, Banklong Health Promotion Hospital, Meung District, Phisanulok Province

**** Thai Traditional Medicine, Watjan Health Promotion Hospital, Meung District, Phisanulok Province



บทนำ

ข้อเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุการปวดที่พบได้บ่อยที่สุดและประเทศไทยพบเป็นโรคลำดับที่ 7 ที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพ¹ โดยในปี 2564 พบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคนและมีข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคเกาต์รวมกันเกือบ 7 ล้านคน โรคข้อเสื่อมพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 50 คนไทยส่วนใหญ่จะเป็นโรคข้อเสื่อมของข้อเข่า แต่ความเสื่อมของข้อจะค่อย ๆ ปรากฏอาการของข้อเข่าเสื่อมคือ มีอาการปวดข้อ มีอาการปวดตึง กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าในช่วงอายุ 50-60 ปี แต่มีบางคนที่การใช้งานข้อมาก ๆ อาการข้อเข่าเสื่อมก็อาจจะเริ่มปรากฏขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป² ภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่ออาการความรุนแรงมีทั้งการใช้งานของข้อในชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม มีการเสียดสีหรือแรงดันในข้อเข่า เช่น การคุกเข่า การขัด สมารถนั่งยอง การยืนหรือเดินเป็นเวลานาน การขึ้นลงบันได เป็นประจำ การประกอบอาชีพที่ต้องแบกรับน้ำหนักเป็นเวลานาน ๆ³ นอกจากนี้ยังเกิดจากความอ้วนซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการเข่าผิดรูป ทำให้ช่องว่างระหว่างข้อเข่าน้อยลง จากมีแรงกดที่ข้อเข่าเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น อันเป็นผลจากน้ำหนักตัวและการกระทำซ้ำกันทุกวัน รวมทั้งการถือหรือหิ้วของหนัก จึงทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้เร็วกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงอายุมากกว่า 54 ปีขึ้นไป จะพบข้อเข่าเสื่อมได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และผู้หญิงที่นั่งพับเพียบเรี่ยไรเวลาเข้าวัดหรือนั่งกับพื้นตามธรรมเนียมพื้นบ้าน ทำให้เกิดการเสียดสีของข้อมากขึ้นด้วย

ปัญหาข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา เป้าหมายในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นคือการบรรเทาอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว การรักษาประกอบด้วยกายภาพบำบัดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของข้อเข่า และเพิ่มพิสัยของข้อ การลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน⁴ ทั้งนี้อาจใช้ร่วมกับ

การบำบัดรักษาแบบใช้ยา (Pharmacological therapy) ซึ่งได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวดพื้นฐาน ทั้งการรับประทานและยาทาเฉพาะที่ โดยในระยะที่มีการอักเสบและปวดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดและควบคุมการอักเสบ แต่การได้ยาแก้ปวด ผู้ป่วยต้องเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มยาด้านการอักเสบ (NSAID) เช่น อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ในปัจจุบันการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยมีหลากหลายวิธี เช่น การนวดการประคบและการพอกยา ผลการศึกษา พบว่ายาพอกดูดพิษได้ และการนวดแผนไทยและนวดประยุกต์สามารถลดอาการปวดเข่าได้⁵ การบริหารข้อเข่า การประคบสมุนไพร และการพอกเข่าด้วยตนเอง เพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า ผลการศึกษาพบว่า สามารถช่วยบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้¹⁰ ข้อสรุปผลของการนวดจากหลายสถาบันที่เห็นตรงกันคือ การนวดไทยมีผลบรรเทาปวดจากกล้ามเนื้อหรือข้อตึง กระตุ้นการไหลเวียนเลือดบริเวณที่นวดและผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้เคลื่อนไหวข้อได้มากขึ้น⁶

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถซักประวัติและคัดกรองเบื้องต้นในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติ ตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อสามารถระบุกรณีเสี่ยง (Risk) และกรณีป่วย (Case) ได้อย่างแม่นยำรวดเร็ว สามารถให้การบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ กายบริหารบำบัดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การลดน้ำหนักตัว และอาจใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาแบบใช้ยา (Pharmacological-therapy) ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวดพื้นฐานทั้งการรับประทานและยาทาเฉพาะที่³ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม ที่จำแนกตามความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามนโยบายแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมใน



ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพในชุมชน ทำการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การให้ความรู้แก่ประชาชน ให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการปวดและลดภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของข้อให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่แม้มีประสิทธิผลที่ดีแต่ขาดความต่อเนื่อง และขาดการมีส่วนร่วมของบุคคลแวดล้อมอย่างเพียงพอ ดังนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการหาแนวทางแก้ไข เนื่องจากการดูแลบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ภาวะโรคไม่รุนแรง ลดอันตรายจากใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มากเกินไป ในขณะที่แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้น มุ่งเน้นการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ และการเข้ารับการรักษาโดยตรงในโรงพยาบาลที่มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ให้การรักษาโดยการใชยามากกว่า 6 สัปดาห์ ถ้าไม่ดีขึ้นส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้การดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้าจะไม่สามารถควบคุมภาวะของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ทำให้เกิดความรุนแรงตามมาคือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย พบว่า มีอาการปวดข้อเข่าและอาการข้อเข่าฝืด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นบทบาทนักการแพทย์แผนไทยและหมอนวดแผนไทยชุมชน จึงเป็นผู้นำองค์ความรู้จากภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย มาใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบไทยอีกรูปแบบหนึ่ง ทั้งในด้านป้องกันส่งเสริม ฟื้นฟู รักษา และติดตาม โดยการนัดและการพอกสมุนไพรซึ่งเป็นองค์ความรู้ในศาสตร์ดังกล่าว พัฒนาสะสมจนเป็นทฤษฎีสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น เพื่อรักษาโรคตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สามารถกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ลดการปวด ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย

สารจากสมุนไพรบางชนิดที่ซึมเข้าทางผิวหนังภายหลัง 24-48 ชั่วโมง ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อข้อเข่า ข้อเข่าฝืด ยืดตัวออก ลดอาการติดขัดของข้อต่อ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดการใช้สารเคมีจากยาแผนปัจจุบัน⁷

จากการศึกษาข้อมูลการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ด้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำมาวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 1 ใน 10 ด้าน ที่ต้องคัดกรอง พบว่ามีข้อเข่าผิดปกติ ร้อยละ 21.12 และข้อมูลผู้รับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย พบร้อยละ 60 มีปัญหาปวดเข่า มีจุดเจ็บบริเวณเข่า และไม่เคยได้รับการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากไม่ได้เข้ารับการรักษาในระบบบริการปกติ จึงไม่ได้ไปพบแพทย์หรือพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ในการทำงานร่วมกันของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน จึงยังไม่มี การส่งต่อข้อมูลซึ่งกันและกัน จากสภาพการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบ การดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยในชุมชน ใช้แนวคิดการจัดการโรคของสมาคมการจัดการโรคแห่งอเมริกา มาพัฒนาแนวทางการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนให้มีรูปแบบที่ชัดเจน นำมาวางแผนแก้ไขปัญห และให้ผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมสามารถดูแลตนเองเพื่อชะลอความรุนแรง บรรเทาควบคุมและป้องกันผลกระทบที่เกิดจากภาวะข้อเข่าเสื่อมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจากกระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน



3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลภาวะข้อ
เข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวช
ปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทย
ชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

ผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการ
จัดการตนเองดีขึ้น ระดับปวดข้อเข่า และความรุนแรง
ของภาวะข้อเข่าเสื่อมลดลง หลังใช้รูปแบบการดูแลภาวะ
ข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวช
ปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทย
ชุมชนที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะ
ข้อเข่าเสื่อมในชุมชนโดยความร่วมมือของพยาบาลเวช
ปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทย
ชุมชน ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research &
developmental design) ตั้งแต่การสร้างหุ่นส่วน
สุขภาพ เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการของบุคคลที่มี
ภาวะข้อเข่าเสื่อมและผู้ดูแล ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่า
เสื่อม เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแล
ภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนโดยความร่วมมือของพยาบาล
เวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทย
ชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการโรค
ของสมาคมการจัดการโรคแห่งอเมริกา (Disease
Management Association of America) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) กระบวนการกำหนดกลุ่ม
เป้าหมาย 2) การใช้แนวทางปฏิบัติ 3) กำหนดรูปแบบ
การจัดการร่วมกัน 4) การให้ความรู้บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม
ในการจัดการตนเอง 5) การวัดผลลัพธ์การประเมินผล
และการจัดการ และ 6) การรายงานผลและการบันทึกผล
โดยการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อลดความ
ซ้ำซ้อนในการดูแล แล้วจัดทำหลักสูตรการบำบัดเพื่อ
ชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อบรรณเชิงปฏิบัติให้กับ
ผู้เกี่ยวข้อง และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลภาวะ

ข้อเข่าเสื่อมในชุมชนโดยความร่วมมือของพยาบาลเวช
ปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทย
ชุมชนที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลภาวะข้อเข่า
เสื่อมในชุมชนที่เหมาะสม (แผนภาพที่ 1)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research & development
design) ครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของการ
พัฒนารูปแบบ ภายใต้แนวคิดการจัดการโรคของสมาคม
การจัดการโรคแห่งอเมริกา^๑ มีวิธีดำเนินการวิจัยประกอบ
ด้วยขั้นตอนต่าง ๆ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม
ในชุมชนจากกระบวนการสร้างหุ่นส่วนสุขภาพ โดยการ
สนทนากลุ่มที่มีสุขภาพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้มีภาวะข้อ
เข่าเสื่อม ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผน
ไทย หมอนวดแผนไทยชุมชน จากโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน
6 แห่ง เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้
ในการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และ
ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
ในชุมชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการสำรวจสัดส่วนและ
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในช่วงเดือนสิงหาคม
2565 ประชากร เป็นบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่มีข้อ
บ่งชี้ภาวะข้อเข่าเสื่อม 2 ใน 5 ด้วยแบบคัดกรองโรค
ข้อเข่าทางคลินิกของสถาบันการแพทย์แผนไทย ในพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 6 แห่ง จำนวน 210 คน กำหนด
ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของบุญชม
ศรีสะอาด^๑ กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่เคย
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และข้อเข่าไม่บวม แดง ร้อน มี
สติสัมปชัญญะดี สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหา
ด้านการสื่อสาร หลังการประเมินความรุนแรงของโรค
พบว่าผู้มีอาการจำนวน 136 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่า
เสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ



ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจาก

กระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ

- ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วย
 - พยาบาลเวชปฏิบัติ
 - นักการแพทย์แผนไทย
 - หมอนวดแผนไทยชุมชน
- ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน
- ศึกษาปัญหาและความต้องการของบุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมและผู้ดูแล



ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

- สนทนากลุ่มเพื่อกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลฯ
- จัดทำหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่า
- อบรมเชิงปฏิบัติการหมอนวดแผนไทยชุมชนหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม (ภาคทฤษฎี/ภาคปฏิบัติ)
- กำหนดรูปแบบการจัดการร่วมกัน (collaborative practice models)
- การให้ความรู้บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมในการจัดการตนเอง (patient self-management education)
- การวัดผลลัพธ์การประเมินผลและการจัดการ (process and outcomes measurement, evaluation and management)
- การรายงานผลและการบันทึกผล (routine reporting and practice profiling)



การประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน รายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

2.1) กำหนดบทบาท แนวปฏิบัติ เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการดูแล โดยการสนทนากลุ่มทีมสุขภาพที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ มีประสบการณ์การดูแลบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย หมอนวดแผนไทยชุมชน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 6 แห่ง รวม แห่งละ 3 คน รวม 18 คน ใช้การสนทนากลุ่ม รวม 3 ครั้ง ๆ ละ 1-2 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 ถามตอบผู้ป่วยตามแนวทางการสนทนากลุ่มและ

ร่างรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ครั้งที่ 2 และ 3 เสนอรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน เพื่อขอความเห็นชอบจากทีมพัฒนา และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ทางออร์โธปิดิกส์ นักการแพทย์แผนไทย พยาบาลเวชปฏิบัติ และนักกายภาพบำบัด เพื่อให้ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบและนำมาใช้ได้จริง และแจ้งขอบันทึกเสียงและภาพในการสนทนากลุ่ม

2.2) จัดทำหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อใช้แนวทางปฏิบัติร่วมกัน โดยผู้วิจัยใช้



แนวทางการจัดการโรค (Disease management) ของสมาคมการจัดการโรคแห่งอเมริกา (Disease Management Association of America) และแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย (การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก) โดยการสนทนากลุ่มทีมสุขภาพที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ มีประสบการณ์การดูแลบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย หมอนวดแผนไทยชุมชน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 6 แห่ง รวม แห่งละ 3 คน รวม 18 คน ใช้การสนทนากลุ่ม รวม 3 ครั้ง ๆ ละ 1-3 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 ถาม-ตอบตามแนวทาง การสนทนากลุ่ม การพัฒนาหลักสูตรและร่างหลักสูตร การบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม ครั้งที่ 2 เสนอร่างรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการหมอนวดแผนไทยชุมชน หลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อขอความเห็นชอบจากทีมพัฒนา และทีมพัฒนาเห็นว่าเหมาะสมดีแล้ว นำรูปแบบหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อมมาใช้ ครั้งที่ 3 สรุปผลหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวจึงปิดการสนทนากลุ่ม

2.3) อบรมเชิงปฏิบัติการหมอนวดแผนไทยชุมชนหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม (ภาคทฤษฎี/ภาคปฏิบัติ) เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการร่วมกันให้ความรู้บุคคล จำนวน 2 วัน ประชากรเป็นหมอนวดแผนไทยหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพไม่น้อยกว่า 150 ชั่วโมง ที่ปฏิบัติงานในคลินิกแพทย์แผนไทยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 245 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของบุญชม ศรีสะอาด⁹ กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ได้แก่ ไม่จำกัดเพศ ปฏิบัติงานในคลินิกแพทย์แผนไทยของสถานที่ทำการวิจัย อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่การวิจัย มีสติสัมปชัญญะดี และสื่อสารกับผู้วิจัยได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 6 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน ด้วยแบบสอบถามประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความปวดเข่า ความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของบุญชม ศรีสะอาด⁹ กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์โดยมีระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม (Western ontario and mcMaster university osteoarthritis index: WOMAC) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 0-57.5, 57.6-115.0 , 115.1-172.5 และ 172.6-230 ไม่เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และข้อเข่าไม่บวม แดง ร้อน มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้น ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน รวมจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชนิด ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน ประกอบด้วย

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และศึกษาปัญหาและความต้องการของบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและผู้ดูแลโดยทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามมี 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการบริการสุขภาพ มีข้อคำถามหลัก 4 ข้อ ได้แก่ (1) ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย มีอะไรบ้าง และควรให้การช่วยเหลือ/ดูแลอย่างไร (2) ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านจิตใจมีอะไรบ้าง และควรให้การช่วยเหลือ/ ดูแลอย่างไร (3) ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสังคมมีอะไร



บ้าง และควรให้การช่วยเหลือ/ดูแลอย่างไร (4) ปัญหาและความต้องการ ด้านการบริการสุขภาพมีอะไรบ้าง และควรให้การช่วยเหลือ/ ดูแลอย่างไร

2. แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน โดยทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคำถามสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการโรคของสมาคมการจัดการโรคแห่งอเมริกา (Disease Management Association of America) มีข้อความหลัก 6 ข้อ ได้แก่ (1) กลุ่มเป้าหมายในการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน ควรประกอบด้วยใครบ้าง (2) แนวทางในการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนมีความจำเป็นหรือไม่ และควรเป็นอย่างไร (3) รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนที่พัฒนาขึ้น พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทยและหมอนวดแผนไทยชุมชน ควรมีบทบาทอย่างไรบ้าง (4) บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมควรมีความรู้ในการจัดการตนเองในเรื่องใดบ้าง และการส่งเสริมความรู้ควรทำอย่างไร (5) การวัดผลผลลัพธ์การประเมินผล และการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทยและหมอนวดแผนไทยชุมชนจำเป็นหรือไม่ และควรมีวิธีการอย่างไร (6) การรายงานผลและการบันทึกผลการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน จำเป็นหรือไม่ และควรมีวิธีการอย่างไร

3. แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อจัดทำหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อใช้แนวทางการปฏิบัติร่วมกัน โดยผู้วิจัยใช้แนวทางการจัดการโรค (Disease management) ของสมาคมการจัดการโรคแห่งอเมริกา (Disease Management Association of America) และแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย (การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก) มีข้อความ

หลัก 4 ข้อ ได้แก่ (1) หลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม มีความสำคัญและจำเป็นอย่างไร (2) ควรกำหนดผลการเรียนรู้ให้บุคลากรที่ใช้หลักสูตร รู้ ปฏิบัติ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างไร (3) ควรมีเนื้อหาสาระอะไรบ้าง มีวิธีการเรียนรู้อย่างไร มีสื่อการเรียนรู้อะไรบ้าง การวัดและประเมินผลอย่างไร และสื่อการเรียนรู้อย่างไรถึงจะเหมาะสมกับบุคลากรที่นำหลักสูตรไปใช้ (4) ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม สำหรับบุคลากรที่ใช้หลักสูตร อย่งไรบ้าง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ของณิชากรีย์ คงเวียง¹⁰ มีการแปลเป็นภาษาไทยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในประเทศไทย เพื่อประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 12 ข้อ เพื่อคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้มาตรวัดแบบตัวเลข 0-4 โดย 0 หมายถึง มีอาการมากที่สุด และ 4 หมายถึง ไม่มีอาการ การวิเคราะห์และแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน) เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30-39 คะแนน) มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0-19 คะแนน)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC Scale) ของเสก อักษรานุเคราะห์¹¹ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ อาการปวดข้อ (Pain dimension) จำนวน 5 ข้อ อาการข้อฝืด ข้อตึง (Stiffness dimension) จำนวน 2 ข้อ และการใช้งานข้อในการทำกิจวัตรประจำวัน (Function dimension) จำนวน 17 ข้อ โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด การวิเคราะห์และแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ระดับ 1: ไม่มีความรุนแรง (0-60 คะแนน) ระดับ 2: มีความ



รุนแรงน้อย (61-120 คะแนน) ระดับ 3: มีความรุนแรงปานกลาง (121-180 คะแนน) และระดับ 4: มีความรุนแรงมาก (181-240 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ 2) แบบประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC Scale) จำนวน 24 ข้อ 3) แบบประเมินระดับความปวดข้อเข่า มีลักษณะเป็นมาตรวัดความปวดข้อเข่าด้วยตัวเลข (Numeric Rating Scales: NRS) มีข้อคำถาม 1 ข้อ แบ่งตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยตำแหน่งเริ่มต้นซ้ายมือสุดตรงกับความรู้สึกไม่ปวดเลย แทนค่าความรู้สึกด้วยเลข 0 และความรู้สึกของอาการปวดข้อเข่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไปทางขวามือ ซึ่งตำแหน่งปลายสุดด้านขวามือคือ 10 ตรงกับความรู้สึกของอาการปวดข้อเข่ามากที่สุด การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยอาการปวดดังนี้ 0 หมายถึง ไม่ปวด 2 หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4 หมายถึง ปวดปานกลาง 6 หมายถึง ปวดมาก 8 หมายถึง ปวดมากที่สุด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scales) มี 5 ระดับ การแปลความหมายและให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน (5 คะแนน) หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติตามข้อความนั้น 6-7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติตามข้อความนั้น 4-5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติตามข้อความนั้น 2-3 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติตามข้อความนั้น 1 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยใน 1 สัปดาห์

การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00-1.50 หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับน้อยที่สุด

คะแนน 1.51-2.50 หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับน้อย

คะแนน 2.51-3.50 หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 3.51-4.50 หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับมาก

คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบประเมินการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.85, 0.87 และ 0.81 ตามลำดับ

2) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) และแบบประเมินความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC scale) และแบบสอบถามประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ได้เท่ากับ 0.82, 0.84 และ 0.79 ตามลำดับ

3) นำรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 โซน โซนละ 1 แห่ง แห่งละ 10 คน ผลการทดลอง พบว่าการกำหนดกลุ่มเป้าหมายทำได้ดีเนื่องจากเครื่องมือและ



เกณฑ์ แนวปฏิบัติที่นำมาใช้รายงานผลการคัดกรองยังมีบางประเด็นไม่ชัดเจน คือความแตกต่างกัน เอกสารที่ให้ความรู้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรใช้ทั้ง 2 ศาสตร์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย แบบฟอร์มที่ใช้รายงานการเยี่ยมบ้านควรลงชื่อทั้งผู้บันทึกและผู้รับรองให้ครบ การจัดอบรมให้ความรู้บุคคลเพื่อจัดการตนเอง ควรเพิ่มเนื้อหาให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มเป็นต้น แล้วผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัยและมีสิทธิที่จะออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลมีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจ ซึ่งการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม COA No. 047/2022 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2565 หมดอายุวันที่ 25 กรกฎาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2565-มกราคม 2566 เป็นจำนวน 6 เดือน รายละเอียด ดังนี้

1. ศึกษาสภาพการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจากกระบวนการสร้างหุ่นส่วนสุขภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่มทีมสุขภาพครั้งที่ 1 เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ความเหมาะสม การสำรวจสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อบรมการใช้แบบประเมินคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) และแบบประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC Scale for Knee Pain) และสำรวจในช่วงวันที่ 1-31 สิงหาคม 2565

2. พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการ

แพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน ได้แก่ การสนทนากลุ่มทีมสุขภาพครั้งที่ 2 เพื่อกำหนดบทบาทแนวปฏิบัติลดความซ้ำซ้อน และการสนทนากลุ่มทีมสุขภาพครั้งที่ 3 เพื่อจัดทำหลักสูตรการบำบัดชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม ร่างรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการบำบัดชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม และสรุปผลหลักสูตร ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเด็น แนวทางการสนทนา แล้วนำมาสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนา โดยผู้ช่วยนักวิจัย นำมาออกแบบรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการบำบัดชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 2 วัน ในช่วงวันที่ 29-30 กันยายน 2565

3. ประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชนโดยสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ประเมินระดับความเจ็บปวดเข่า และประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (Modified WOMAC Score) ดำเนินการดังนี้ ระยะที่ 1 เตรียมพร้อมบุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนการใช้รูปแบบในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ระยะที่ 2 อบรมให้ความรู้แก่บุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ระยะที่ 3 ติดตามเยี่ยมบ้านบุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ในการติดตามกลุ่มบุคคลแบ่งตามคะแนนภาวะข้อเข่าเสื่อมคือ 1) กลุ่มคะแนน 0-60 คะแนน 2) กลุ่มคะแนน 61-120 คะแนน จำนวนกลุ่มละ 10 คน โดยให้หมอนวดแผนไทยชุมชนเป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้านและพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ควบคุมกำกับดูแลการเยี่ยมบ้าน จำนวน 1 ครั้ง 3) กลุ่มบุคคลที่มีคะแนน 121-180 คะแนน จำนวน 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน นักการแพทย์แผนไทยร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 1 ครั้ง พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) กลุ่มบุคคลที่มีคะแนน 181-240 คะแนน จำนวน 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 1 ครั้ง พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่



เหมาะสม และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหลังการให้ความรู้แก่บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม และติดตามเยี่ยมบ้าน ไปแล้ว 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม และการสนทนากลุ่มการพัฒนาแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (3) พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความปวดเข่า และความรุนแรงภาวะข้อเข่าเสื่อม เปรียบเทียบก่อนหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจากกระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ โดยการสนทนากลุ่มที่มีสุขภาพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

จากการสนทนากลุ่มที่มีสุขภาพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน พบว่า 1) ความสามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าโดยรวมระดับน้อย 2) มีการรับรู้โรคและความรุนแรงของ

ข้อเสื่อมโดยรวมระดับปานกลาง 3) มีพฤติกรรมดูแลข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองโดยรวมระดับปานกลาง 4) มีปัจจัยเสี่ยงต่อการปวดข้อเข่าจากสภาพการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การใช้ส้วมแบบนั่งยอง ๆ การนั่งพับเข่า-นั่งขัดสมาธิ การซื้อยาชุด (NSAID) มารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการปวด และ 5) มีการจัดการปัจจัยสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ

จากการสนทนากลุ่มที่มีสุขภาพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม พบว่า

1) บทบาทการดูแลและการสนับสนุนของผู้ดูแลและองค์กรชุมชน มีการรับรู้ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมที่เกิดกับผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยรวมระดับมาก มีพฤติกรรมช่วยดูแลโดยรวมระดับปานกลาง ขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการดูแล และขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ไม่มั่นใจการให้คำแนะนำและการเยี่ยมบ้าน

2) บทบาทองค์กรในชุมชน ให้การดูแลตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและด้านสวัสดิการสังคม ยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุปวดข้อเข่า

3) บทบาทเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในการดูแลให้บริการตามปัญหา เช่น การรักษาอาการปวด ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก สายตา การดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม/ปวดข้อเข่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

จากการสำรวจสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการคัดกรองบุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมจำนวน 210 คน พบว่า ปกติ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 35.28 ผิดปกติ จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 64.76 ผลการประเมินอาการผิดปกติข้อเข่าและระดับความรุนแรงได้แสดงในตารางที่ 1 และ 2



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำแนกตามการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (n = 210)

ภาวะข้อเข่าเสื่อม	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปกติ	40-48	74	35.28
ผิดปกติ	0-39	136	
เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม	30-39	75	35.71
มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง	20-29	36	17.14
มีอาการข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง	0-19	25	11.90

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำแนกตามความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม (n = 136)

ระดับความรุนแรง	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีความรุนแรง	0-57.5	30	22.05
มีความรุนแรงน้อย	57.6-115.0	45	33.08
มีความรุนแรงปานกลาง	115.1-172.5	36	26.47
มีความรุนแรงมาก	172.6-230	25	18.38

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน

จากการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน สัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม บทบาทการดูแล การสนับสนุนของผู้ดูแลและองค์กรชุมชน และปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผลที่ได้รับจากการวิจัยระยะที่ 1 มีดังนี้ ปัญหาสถานการณ์และทุนทางสังคมพบว่า ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดข้อเข่า ข้อฝืด ข้อติดขัด ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้ไม่สะดวก ทำให้เป็นภาระต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือองค์กรชุมชน อาการเจ็บปวดเรื้อรังทำให้ทุกข์ทรมานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนใหญ่ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนเพื่อรับยาบรรเทาอาการ รักษาโดยการนวดหรือประคบด้วยสมุนไพรเพียงบางส่วน

ทีมผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยระยะที่ 1 มาสนทนากลุ่มกับทีมสุขภาพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดชุมชน จำนวน 3 ครั้ง เพื่อออกแบบระบบการดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมตามแผนความต้องการของชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการโรคของสมาคมการจัดการโรคแห่งอเมริกา (Disease Management Association of America) มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย (population identification processes) ที่ต้องคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อมคือ บุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และใช้แบบคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) และแบบประเมินระดับความรุนแรงภาวะข้อเข่าเสื่อมและเกณฑ์ 0-48 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ รุนแรง ปานกลาง เริ่มมีอาการ และไม่พบอาการผิดปกติ ให้ชัดเจน



ขั้นตอนที่ 2) การใช้แนวทางปฏิบัติ (Evidence-Based Practice Guidelines) เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพนำไปปฏิบัติได้อย่างมั่นใจไม่เกิดความสับสน ได้แก่ 1) การคัดกรองระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม โดยต้องอบรมเรื่องการคัดกรอง ใช้แบบประเมินแบบประเมินระดับความรุนแรงภาวะข้อเข่าเสื่อม ต้องมีผู้ตรวจสอบผลการคัดกรองก่อนทำการบันทึกผลการจำแนกความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมต้องใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ และการแจ้งผลการคัดกรองต้องมีเอกสารรายงานผล 2) การดูแลรักษาบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม ต้องอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ หมอนวดแผนไทยชุมชน ผู้ดูแล และผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ด้วยหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ทีมผู้วิจัยจัดทำขึ้น จำนวน 2 วัน โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติ และนักการแพทย์แผนไทยเป็นวิทยากร สำหรับการดูแลรักษาเบื้องต้นบุคคลที่มีอาการปวดข้อเข่า ให้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเสื่อมของสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย พ.ศ.2553 และแนวทางการตรวจและรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2559 ถ้ามีการส่งต่อบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม ต้องใช้แบบบันทึกการส่งต่อ และต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง พร้อมติดตามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้วยแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 3) กำหนดรูปแบบการจัดการร่วมกัน (Collaborative practice models) ในการดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ได้แก่ (1) การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพยาบาลเวชปฏิบัติและนักการแพทย์แผนไทย เป็นผู้อบรมให้ความรู้แก่หมอนวดแผนไทยชุมชน ในการใช้แบบคัดกรองโรคข้อเข่าทางคลินิกของสถาบันการแพทย์แผนไทย แบบการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) และประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (Modified WOMAC Score) เมื่อหมอนวดแผนไทยชุมชนดำเนินการคัดกรองและจำแนกความรุนแรง พยาบาลเวชปฏิบัติและนักการ

แพทย์แผนไทยจะเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกข้อมูล (2) การดูแลรักษาบุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยพยาบาลเวชปฏิบัติและนักการแพทย์แผนไทย เป็นผู้อบรมให้ความรู้แก่หมอนวดแผนไทยชุมชน บุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อเข้าใจการบำบัดรักษาแบบใช้ยา (Pharmacological therapy) ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวดพื้นฐานทั้งการรับประทานและยาทาเฉพาะที่ และการบำบัดแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological therapy) ได้แก่ การนวด ปอกสมุนไพร กายภาพบำบัด (3) การติดตามเยี่ยมบ้าน บุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทยและหมอนวดแผนไทยชุมชน ลงติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน สำหรับบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลางและเริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้กำกับ ดูแล ให้คำปรึกษานักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน ลงติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (4) การดูแลรักษาเบื้องต้นอาการปวดเข่า พยาบาลเวชปฏิบัติและนักการแพทย์แผนไทย เป็นผู้ให้การักษาเบื้องต้นทั้งแบบใช้ยา (Pharmacological therapy) และแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological therapy) และหมอนวดแผนไทยชุมชน เป็นผู้ให้คำแนะนำเบื้องต้น (5) การส่งต่อการรักษา พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ส่งต่อ และนักการแพทย์แผนไทย ร่วมบันทึกผลการรักษาสาเหตุการส่งต่อหมอนวดแผนไทยชุมชน ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล และติดตามแผนการรักษาจากผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 4) การให้ความรู้บุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในการจัดการตนเอง (Patient self-management education) โดยทีมสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน ในเรื่องความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อมีอาการปวดข้อเข่า กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด และการบริหาร

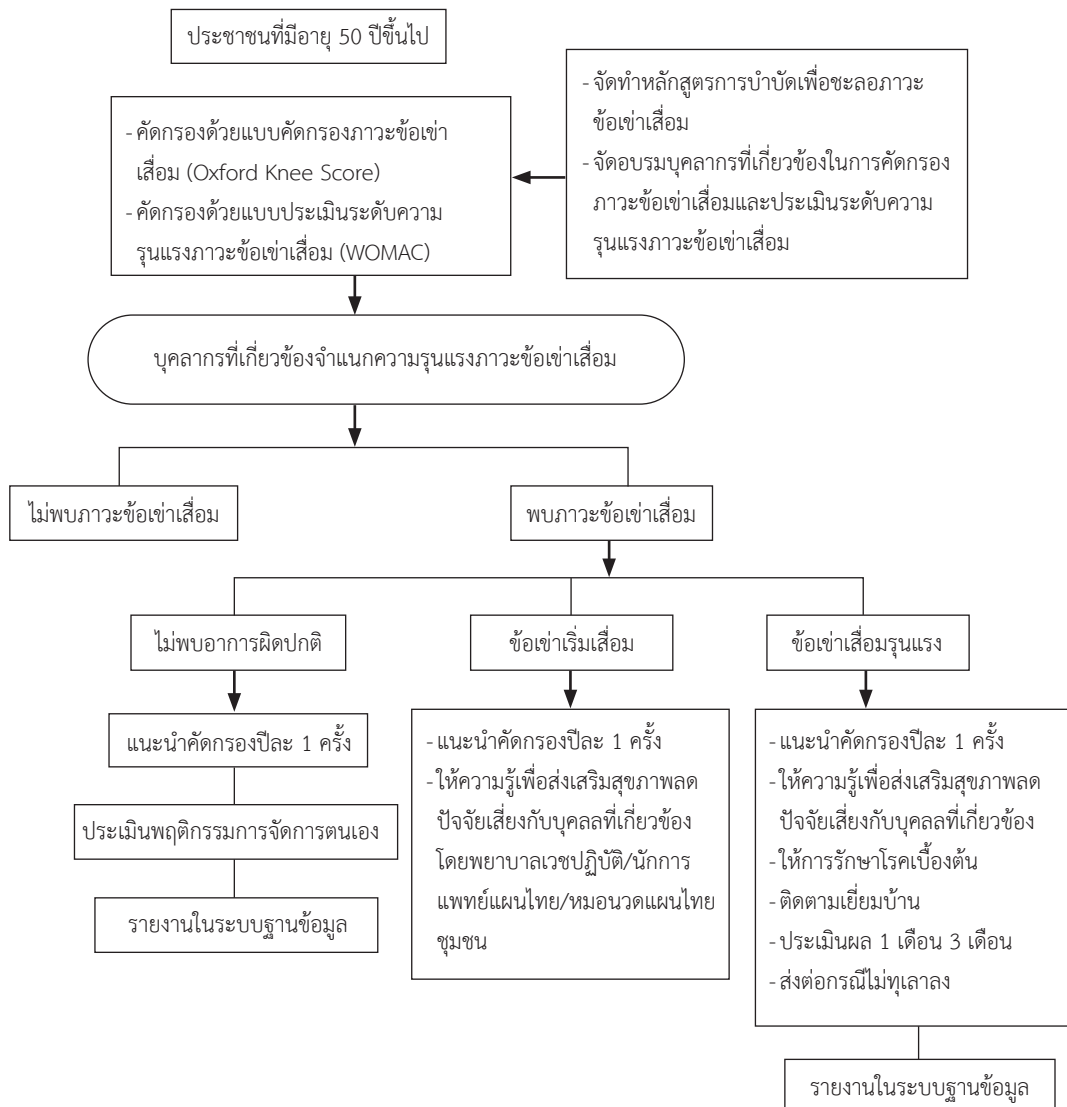


ขั้นตอนที่ 5) การวัดผลลัพธ์ การประเมินผล และการจัดการ (Process and outcomes measurement, evaluation and management) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 6) การรายงานผลและการบันทึกผล (Routine reporting and practice profiling)

นำเสนอผลรูปแบบรายงานของหน่วยงานที่ให้บริการ ดังแผนภาพที่ 1

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมโดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน



3.1 พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อม ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.5 และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 5.0 ภายหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับ ระดับน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.5 ระดับปานกลาง มาก และมากที่สุด มีคะแนนร้อยละเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.5 ดังแสดงตามตารางที่ 3

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความปวดข้อเข่าและความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนที่พัฒนาขึ้น พบว่า บุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความปวดและระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน พบว่า มีระดับความปวดและความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อม

ระยะการพัฒนา	พฤติกรรมการจัดการตนเอง					Mean $\pm$ SD
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อม	15 (37.5)	16 (40.0)	7 (17.5)	2 (5.0)	0 (0)	1.90 $\pm$ 0.87
หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อม	0 (0)	7 (17.5)	11 (27.5)	11 (27.5)	11 (27.5)	3.65 $\pm$ 1.08

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความปวดข้อเข่าและความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนที่พัฒนาขึ้น (N=40)

หัวข้อ	ระยะเวลา	Mean	SD	t	p-value
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ	1.90	.87	12.73	.000
	หลังใช้รูปแบบ	3.65	1.08		
ระดับความปวดข้อเข่า	ก่อนใช้รูปแบบ	4.97	2.86	10.10	.000
	หลังใช้รูปแบบ	2.10	2.38		
ความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม	ก่อนใช้รูปแบบ	115.70	58.85	9.047	.000
	หลังใช้รูปแบบ	89.03	50.23		

*p-value < .05



อภิปรายผล

1. สภาพการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจากกระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ

สภาพการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจากกระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพที่ศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการตามปัญหาที่พบเนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนและภาระงาน ยังขาดการรับรู้และการหาแนวทางแก้ไขที่ร่วมกัน และผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถแนะนำคนในชุมชนได้ ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ส่วนใหญ่แม้มีประสิทธิผลที่ดี แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของบุคคลแวดล้อมอย่างเพียงพอ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่เกิดขึ้นนั้นประกอบด้วย อายุ สภาพที่อยู่อาศัย การรับรู้ปัจจัยสาเหตุของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริภา ทองแดง¹² พบว่า อายุสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นข้อเข่าเสื่อมเนื่องจากอายุเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการตนเอง การรับรู้การแปลความ การตัดสินใจ และกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ผู้ดูแลมีพฤติกรรมช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง ขาดแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ชี้แนะให้กิน ยาไปรักษาเท่าที่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ สิงหา¹³ และพุทธิพร พิธานธนากุล¹⁴ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมระดับมาก แต่จัดการกับการปวดล่าช้า ทำให้ปวดเรื้อรังและข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น และไม่มีผู้ดูแลเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว

2. พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน

รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อกระตุ้นให้

เกิดความร่วมมือในชุมชน โดยต้องมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยนำสภาพการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจากกระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพที่ศึกษาได้ คือ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง การรับรู้ปัจจัยสาเหตุของโรคอยู่ในระดับต่ำ รูปแบบส่วนใหญ่ไม่มีประสิทธิผลที่ดี แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของบุคคลแวดล้อมอย่างเพียงพอ มาเป็นข้อมูลนำเข้าและพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการโรคของสมาคมการจัดการโรคแห่งอเมริกา (Disease Management Association of America) โดยต้องกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในชุมชนซึ่งเป็นบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป อีกทั้งต้องมีแนวปฏิบัติ การคัดกรองและจำแนกระดับความรุนแรง ข้อเข่าเสื่อมที่ชัดเจน ได้แก่ เครื่องมือ และการให้ความรู้แก่บุคคลที่ทำการคัดกรอง พร้อมทั้งต้องกำหนดรูปแบบการจัดการร่วมกัน

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติและนักการแพทย์แผนไทย เป็นผู้อบรมการใช้แบบคัดกรองข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมแก่หมอนวดแผนไทยชุมชน สำหรับการให้ความรู้บุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในการจัดการตนเอง ที่มสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม (พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน) ได้จัดทำหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม และการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้เกี่ยวข้อง คือ หมอนวดแผนไทยชุมชน ผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม และผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงตามระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม และรายงานผลและการบันทึกผลตามรูปแบบรายงานของหน่วยงานที่ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนจิตต์ ช่วยจันทร์และคณะ¹⁵ พบว่า รูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนควรประกอบด้วย การกำหนดกลุ่มเป้าหมายและเกณฑ์คัดกรองที่ชัดเจน กำหนดผู้ดำเนินการคัดกรองเครื่องมือ



จัดทำเกณฑ์การจำแนกความรุนแรงข้อเข้าเสื่อม และจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลรักษาบุคคลที่มีข้อเข้าเสื่อม ซึ่งตรงกับแนวคิดการวัดประสิทธิภาพของหุ่นส่วน ผู้เชี่ยวชาญและผู้เจ็บป่วยโรคเรื้อรังของ Butt et al.¹⁶ ที่พบว่า การสร้างพลังความสามารถของกลุ่มและผู้นำกลุ่มจากความรู้และประสบการณ์ที่มีและเห็นชอบการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยจนสำเร็จ เช่นเดียวกับการศึกษาของปราโมทย์ ถ่างกระโทก¹⁷ ญุณแจสำคัญสู่ความสำเร็จของการจัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมผู้ดูแลและการมอบหมายภาระงานที่เหมาะสม (Trained care managers with low caseloads) เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มทักษะการจัดการตั้งแต่ระยะการเกิดโรคระยะลุกลาม ไปจนถึงระยะภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การดูแลเกิดความต่อเนื่องและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ

3. ประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะข้อเข้าเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้มีภาวะข้อเข้าเสื่อม ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข้าเสื่อมในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอภิปรายได้ว่า รูปแบบการดูแลภาวะข้อเข้าเสื่อมในชุมชน โดยการร่วมของพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การสนทนากลุ่มในการสร้างความเป็นหุ้นส่วนสุขภาพ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้สถานการณ์โรคข้อเข้าเสื่อมในชุมชน สภาพการณ์สัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข้าเสื่อม และปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อม เพื่อเชื่อมประสานให้บุคคลที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญเพื่อระบุนิธีร่วมกันดูแลที่เหมาะสม 2) กิจกรรมจัดทำหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อ

เข้าเสื่อมและอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพแก่มหาชนแผนไทยชุมชน และผู้ดูแลบุคคลที่มีข้อเข้าเสื่อม การติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกันระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน ทำให้ผู้มีภาวะข้อเข้าเสื่อมได้รับการดูแลครอบคลุมรอบทิศทางได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การใช้แนวปฏิบัติ การกำหนดรูปแบบการจัดการร่วมกัน การให้ความรู้บุคคลที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมในการจัดการตนเอง การวัดผลลัพธ์ และการรายงานและการบันทึกผล จึงทำให้การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทีมที่ให้การดูแลประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทยชุมชน ช่วยกันส่งเสริมให้ผู้มีภาวะข้อเข้าเสื่อมอบอุ่นใจและมีความต่อเนื่อง ทุกคนในทีมมีเป้าหมายของการดูแลรักษาภาวะข้อเข้าเสื่อมร่วมกัน คือ การบริหารจัดการความปวด การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานของข้อเข้า เช่น การให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง การประคบร้อน ประคบเย็นเพื่อบรรเทาความปวด การควบคุมน้ำหนักและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กดทับบริเวณข้อเข้า การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานแก่กล้ามเนื้อ ลดความเจ็บปวดและความพิการ การทำการบำบัดรักษาโดยการไม่ใช้ยา เช่น การนวด เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว และลดความเจ็บปวด

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของชวิต เมธานุตร¹⁸ พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ด้านการป้องกันรักษา ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อสนับสนุนการจัดการบริการตามความต้องการของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่การให้ความรู้บุคคลที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมในการจัดการตนเอง (การจัดทำหลักสูตรการบำบัดเพื่อชะลอภาวะข้อเข้าเสื่อม และการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ) เป็นการให้ความรู้โรคข้อเข้าเสื่อมเบื้องต้นกับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ทำให้ส่งเสริมการใช้ทำทางการทำงานที่ถูกต้อง



การใช้ Knee support หรือไม้ค้ำยัน และการสอนออกกำลังกายเข้า ผลคือช่วยให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรง ช่วยพยุงข้อเข่าได้ดียิ่งขึ้น ลดปัญหากระดูกในเข่าเสียดสีกัน สัมผัสกันจนเกิดปวดเสียวในเข่า ซึ่งจากผลการศึกษาในระดับความปวดเข่าของผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมลดลงหลังจากการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาวลี ภักดีสมัย¹⁹ พบว่า หลังจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดเข่า เข้าร่วมการการดูแลจากเจ้าหน้าที่แกนนำที่ได้รับการพัฒนาแนวทางในการดูแล สามารถปรับวิถีชีวิตทำให้ปวดข้อเข่าลดลงและเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้น สำหรับค่าเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมหลังใช้รูปแบบฯ ลดลง เนื่องจากพฤติกรรมการจัดการตนเองในการใช้ข้อเข่าที่ถูกต้องและเหมาะสม การหลีกเลี่ยงหรือลดแรงกระแทกของข้อเข่า และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าด้วยการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า การใช้ท่าทางที่ถูกต้อง เนื่องจากการติดตามเยี่ยมบ้านจากการแบ่งบทบาทของทีมงานระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมพร้อมกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตร วรธนะวุฒิ หทัยชนก บัวเจริญ¹ พบว่า การทำงานโดยมีหุ้นส่วนสุขภาพที่ต้องทำงานร่วมกันเพื่อดูแลบุคคล จำเป็นต้องกำหนดบทบาทชัดเจนตามแผนและกิจกรรม ทำให้บุคคลที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมรับรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถเป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย หมอนวดแผนไทยชุมชน ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สามารถร่วมกันคัดกรองโรค ประเมินความรุนแรงโรค ให้การบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยา และพัฒนาหลักสูตรในการดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมให้เหมาะสมกับความต้องการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีการร่วมมือของหุ้นส่วนสุขภาพที่หลากหลายสาขาวิชาชีพ การศึกษาครั้งต่อไป ควรพัฒนาเครื่องมือให้มีความหลากหลายตามความต้องการของหุ้นส่วนสุขภาพจากสาขาวิชาชีพในชุมชน เพื่อการประเมินประสิทธิผลที่หลากหลายขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏวิบูลสงคราม ผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Watthanawut V., & Buacharoen B. The Process of Health Partnership for the Elderly Osteoarthritis in Phitaktham Community, Tumbon Samrongtai, Prapadaeng District, Samut Prakarn Province. HCU Journal 2017; 20(40), 53-65. (in Thai)
2. National Statistical Office. Report of Survey of the Elderly in Thailand 2017. Bangkok: National Statistical Office; 2017. (in Thai).
3. Nimitanan N. Epidemiological situation and rheumatology risk assessment osteoarthritis of the knee in Thai people. Royal Thai Army Nursing Journal 2014; 15(3): 185-94. (in Thai)



4. Iwamoto J, Takeda T, Sato Y. Effect of muscle strengthening exercises on the muscle strength in patients with osteoarthritis of the knee. *Knee*. 2007; 14 (3): 224-30. doi:10.1016/j.knee.2007.03.002.
5. Karaket S. A comparative study of pain levels before and after treatment with cold herbal mud and Thai massage in elderly patients with knee pain. *CMJ* 2017; 9(2): 115-24. (in Thai)
6. Klinsrisuk S. Effects of applied Thai massage on pain and function of knee joints in patients with primary osteoarthritis : A randomized comparative study. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy* 2017; 19(3), 248-260. (in Thai)
7. Wanna M, Khumpang M. The effectiveness of massage combined with herbal compress in patients with osteoarthritis Muang Suang Hospital Roi Et Province Koch Cha Sarn *Journal of Science* 2018; 40(1): 120-30. (in Thai)
8. Huber DL. Leadership and nursing care management. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2006.
9. Srisaard B. (2017). Preliminary Research. 3rd ed. Bangkok: Suwiriyan; 2017.
10. Kongwiang N. Efficacy in treating osteoarthritis patients with operative science “burning hot drugs”. Uthai Thani: Sawang Arom Hospital; 2017. (in Thai)
11. Aksaranukroh S. special article modified WOMAC Scale Knee Pain Department of Rehabit Faculyt of Medicine Chulalongkorn University. *J Thai Rehabit* 2000; 9(3): 82-85. (in Thai)
12. Thongdaeng S. Factors related to health promotion behaviors in patients with osteoarthritis in: Annual National Academic Conference Documents 2014 (National Research Conference 2014). Patumthani: Rungsit University; 2014. (in Thai)
13. Singha S. Factors Affecting Self-Care Behaviors of Elderly with Osteoarthritis in Phraeksa Sub-district Municipality, Muang District, Samut Prakan Province by Applying King's Theory of Trying. [Master's thesis, Nursing program, Community Nursing Branch]. Samut Prakan: Huachiew Chalermprakiat University; 2014. (in Thai)
14. Phithanthananukul P. Management of chronic pain among the elderly living in the community. *Journal of nurses Association of Thailand Northern office* 2013; 29(4), 58-67. (in Thai)
15. Chuaychan T. The Development of Management Model for Knee Osteoarthritis in Community by Collaboration Between Nurse Practitioners and Village Health Volunteers. *Songklangarind Journal of Nursing* 2018; 38(2), 43-59. (in Thai)
16. Butt G, Markle-Reid M, Browne G. Interprofessional partnerships in chronic illness care: A conceptual model for measuring partnership effectiveness. *International Journal of Integrated Care* [internet]. 2008 [Cited 2022 Dec 16]. 8:1-14. Available from: <http://www.ijic.org/>.



17. Thangkratok P., & Petchsuk P. Care Management Model for Older Adults with Chronic Diseases in the Community. Royal Thai Navy Medical Journal 2020; 47(1), 234-248. (in Thai)
18. Methabutr C. Development of Management Model for Osteoarthritis among Elderly in Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022; 16(3), 969-985. (in Thai)
19. Pukdeesamai, R., & Panichacheewakul, P. Improving care for elderly with knee pain at Ban Bak Tambol health promotion hospital, Changan District, Roi Et province. Journal of Nursing Science & Health 2011; 34(4), 46-55. (in Thai)



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

อภิวาท ศรีกาสิ* และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตรา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย แบบวัดความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้การถูกตีตรา แบบประเมินอาการทางบวก และแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: ระดับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 11.02$, $SD = 10.83$) ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้เฝ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.36$, $SD = 8.06$) และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 13.45$, $SD = 9.64$) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเหนื่อยหน่ายมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้ สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.378$ และ $-.154$ ตามลำดับ) อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .305$) อาการทางบวกของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .509$) ภาระการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .779$ และ $.711$ ตามลำดับ) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .819$) เพศและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์

สรุป: ผลการวิจัยสามารถนำไปวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ: ความเหนื่อยหน่าย/ คู่ชีวิต/ ผู้ป่วยโรคจิตเภท

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(3) : 86-98

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

Email: dnayus@yahoo.com



Factors Related to Burnout of Spouses of Schizophrenic Patients

Apiwart Srikasi* Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: To study burnout of spouses of schizophrenic patients, and to investigate relationship between gender, duration of care, stress, social support, marital relationship, spouse burden, affiliate stigma, positive syndrome, and negative syndrome, and burnout of spouses of schizophrenic patients.

Design: Descriptive correlation research study

Method: The sampling consisted of 180 spouses of schizophrenic patients who received follow up in Psychiatric Hospital, and Psychiatric Outpatient Department at the hospital, Bangkok area. The research instruments were demographic questionnaires, Maslach Burnout Inventory, Stress Questionnaires, Social support questionnaires, Marital Adjustment Test, Spouse burden scale, Affiliate stigma scale, Positive Syndrome scale, and Negative Syndrome scale. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson product-moment correlation coefficient.

Results: Burnout in spouses of schizophrenic patients was assessed in three dimensions. Emotional exhaustion was at a low level ($\bar{X} = 11.02$, $SD = 10.83$), depersonalization was at a moderate level ($\bar{X} = 6.36$, $SD = 8.06$), and perceived personal accomplishment was at a high level ($\bar{X} = 13.45$, $SD = 9.64$). Factors significantly related to burnout at the $p < .05$ level were as follows: marital relationship and social support had a significant negative correlation ($r = -.378$, $r = -.154$, respectively). Negative syndrome ($r = .305$), positive syndrome ($r = .509$), spouse burden ($r = .779$), affiliate stigma ($r = .711$), and stress ($r = .819$) had significant positive correlations. Gender and duration of care had no correlation with burnout in spouses of schizophrenic patients.

Conclusion: The results of this research can inform the planning of activities to mitigate the factors related to burnout in spouses of schizophrenic patients.

Keywords: Burnout/ Spouses/ Schizophrenic patients



บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเรื้อรังและรุนแรงโดยโรคนี้จะมีลักษณะของการบิดเบือนในด้านความคิด การรับรู้อารมณ์หรือความรู้สึกและพฤติกรรมที่ผิดจากความเป็นจริง ในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติของกรมสุขภาพจิตพบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภท ช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 283,065, 284,273 และ 314,250 รายตามลำดับ¹ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น โดยกรมสุขภาพจิตมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากยิ่งขึ้นและให้มีระยะเวลาการรักษาตัวที่โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด² ซึ่งภายหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อมาดูแลต่อเองที่บ้าน ผลกระทบของการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเหนื่อยหน่ายที่สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ใกล้ชิด เช่น สามีหรือภรรยา ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยลดลง ประกอบกับโรคจิตเภทเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดำรงชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ และไม่ค่อยได้รับการรักษาเมื่ออาการจะกำเริบบ่อยครั้งก็ตาม³

คู่ชีวิต คือ ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันโดยเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนที่มีความรักต่อกัน มีความปรารถนาจะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันเป็นสามีและภรรยา⁴ เมื่อคู่ชีวิตเกิดการเจ็บป่วยทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว บางครอบครัวต้องประสบปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิมเป็นเวลานานยาวนานทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสิ้นหวัง และเกิดภาวะความเหนื่อยหน่ายและนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁵ การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะเป็นการเพิ่มความรับผิดชอบให้กับอีกฝ่าย ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย เนื่องจากในบุคคลที่มีคู่ชีวิตมีปัญหาโรคเรื้อรัง คู่ชีวิตจะกลายเป็นผู้ดูแลหลักลำดับแรก⁶ การดูแลโดยคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะบทบาทที่เฉพาะเจาะจงมีความผูกพันทางใจที่ลึกซึ้ง

ซับซ้อนและมีความแตกต่างจากผู้ดูแลกลุ่มอื่น หากไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทระยะยาวได้อาจนำไปสู่การแยกทางหรือหย่าร้าง^{7,8}

ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหมายถึง สภาวะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รู้สึกหมดหวังขาดความสนใจ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิตทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงอันเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท⁹

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบมีการศึกษาปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลหลัก ในลักษณะต่าง ๆ และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ บุคลิกภาพ ความเครียด ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล⁹ นอกจากนี้ ประสิทธิภาพการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ส่งผลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของคู่ชีวิตและปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยด้านเพศ ความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) และการรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการเกิดความเหนื่อยหน่ายได้¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า ยังไม่มีการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมาก่อน ซึ่งปัจจัยที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะไม่ซ้ำกันมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นกับประสิทธิภาพการดูแลของคู่ชีวิตแต่ละคนและการวิจัยที่ผ่านมาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต เช่น เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิตความเครียด^{7,8,9} การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต^{5,6,8} ในด้านผู้ป่วยปัจจัยที่พบมีอาการทางบวกและอาการทางลบเข้ามาเกี่ยวข้อง¹¹ ซึ่งปัจจัย



เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกนำมาศึกษาเพราะพบว่าส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตและมองเห็นภาพความสัมพันธ์ของคู่สมรสที่แตกต่างจากความสัมพันธ์อื่นที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามในส่วนของปัจจัยที่ผู้วิจัยยังไม่นำมาศึกษาครั้งนี้ เช่น แบบแผนการนอน ภาวะซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ แม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตแต่ยังไม่มีการวิจัยที่สนับสนุนเพียงพอว่ามีความสัมพันธ์และความสอดคล้องตามบริบทของสังคมไทย การศึกษานี้ได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการให้การพยาบาลช่วยจัดการความเหนื่อยหน่ายและพัฒนาการดูแลผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตรา อาการทางบวก อาการทางลบ

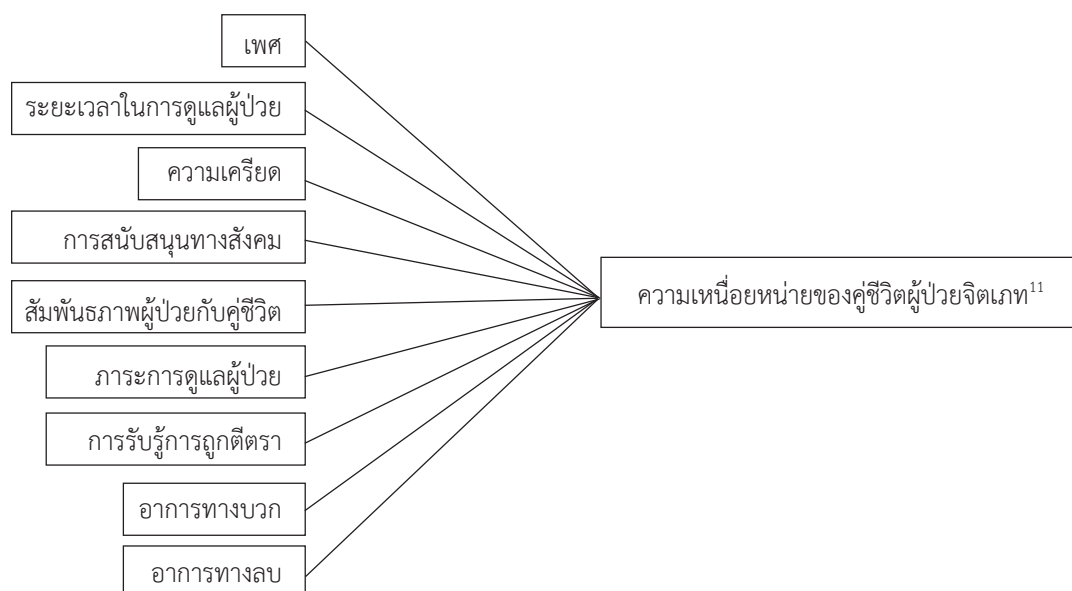
ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. ความเครียด ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท
3. สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับโรคจิตเภท และในกลุ่มผู้ดูแลที่มีคู่ชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการของ Thorndike ได้จำนวน 150 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน จากนั้นหาข้อมูลสถิติ ผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2562-2564 ของโรงพยาบาลทั้งสองแห่งพบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีจำนวนผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 21,817 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวนผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 713 คน จากนั้นจึงคำนวณต่อโดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์เพื่อหาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยมีเกณฑ์พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 2) มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (จิตหะเบียนและไม่จิตหะเบียนสมรส) ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้ง 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หมายเลขรับรอง 694/64 ระหว่างวันที่ 28 กันยายน 2564 ถึง 27 กันยายน 2565 และสถาบัน

จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หมายเลขรับรอง SD.IRB. SUBMIT 022/2564 ระหว่างวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 21 สิงหาคม 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด ในระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและเป็นไปในเชิงวิชาการและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบด้วยตนเอง ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท Maslach Burnout Inventory (MBI)¹² พัฒนาโดย มยรี กลัฟวังก์ และคณะ⁹ แบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) 8 ข้อ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (depersonalization) 5 ข้อ และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (personal accomplishment) 8 ข้อ การแปลผล จะแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านออกเป็นระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.94 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85



ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด แบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็นคำถามทางบวก 22 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ การแปลผลแบ่งเป็นระดับความเครียด 3 ระดับ คือ ความเครียดระดับต่ำ ความเครียดระดับปานกลาง และความเครียดระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามมีทั้งหมด 24 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 5 ด้าน คือ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้ยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินสิ่งของและการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การแปลผล แบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางและได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพของคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อประกอบด้วยมิติในการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน ความเห็นพ้องของคู่ชีวิต ความปรองดองของคู่ชีวิต และความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคู่ชีวิต การแปลผลจะแบ่งสัมพันธภาพในชีวิตคู่เป็น 2 กลุ่ม คือ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่มั่นคง และจัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่ไม่ดี มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามมีทั้งหมด 24 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 2 ด้าน คือ ด้านภาระเชิงปรนัย 12 ข้อ และด้านภาระเชิงอัตนัย 12 ข้อ การแปลผล แบ่งเป็น

ภาระ 5 ระดับ คือ มีภาระในการดูแลมากที่สุด มีภาระในการดูแลมาก มีภาระในการดูแลปานกลาง มีภาระในการดูแลน้อย และมีภาระในการดูแลน้อยที่สุด มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ตราบาปแบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบบสอบถามแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านความคิด (cognitive) และด้านพฤติกรรม (behavioral) การแปลผลแบ่งการรับรู้ตราบาป 2 กลุ่ม คือ มีตราบาปมาก และมีตราบาปน้อย มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 8 แบบประเมินอาการทางบวกผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย PASS-T เครื่องมือนี้ได้รับการเลือกเอาข้อคำถามต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการ Positive ของโรคจิตเภท เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการต่างๆ โดยผู้ประเมินจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงทางจิตเภทการให้คะแนนสำหรับระดับความรุนแรงทั้ง 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละข้อจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 9 แบบประเมินอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย NASS-T เครื่องมือนี้ได้รับการเลือกเอาข้อคำถามต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการ Negative ของโรคจิตเภท เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการต่าง ๆ โดยผู้ประเมินจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงทางจิตเภทการให้คะแนนสำหรับระดับความรุนแรงทั้ง 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละข้อจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82



ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2566 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขอคำปรึกษาในการวางแผนเก็บข้อมูลร่วมกันตามนโยบายของหน่วยงานเนื่องจากเป็นช่วงแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19
3. ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. นำแบบประเมินดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ Statistical package for the social science (SPSS) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ

สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson 's Correlation Coefficient) และสถิติทดสอบที Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช มีจำนวน 180 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 มีอายุเฉลี่ย 44.79 ปี เป็นกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลางมีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 65.5 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 8.06 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.7 และประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 43.9

ส่วนที่ 2 ระดับความเหนื่อยหน่าย จากการศึกษาพบว่า ระดับความเหนื่อยหน่าย 3 ด้าน ด้านการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคูชีวิต มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่ คิดเป็นร้อยละ 67.22 ($\bar{X} = 98.13$ SD = 33.77) ความเครียดของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55 ($\bar{X} = 63.68$ SD = 24.27) การสนับสนุนทางสังคมของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.89 ($\bar{X} = 73.31$ SD = 4.22) ภาระการดูแลผู้ป่วยของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 ($\bar{X} = 54.57$ SD = 23.31) การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้การถูกตีตรามีตราบาปน้อย คิดเป็นร้อยละ 80 ($\bar{X} = 40.57$ SD = 17.68) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเด่นกลุ่มอาการทางบวก คิดเป็นร้อยละ 12.78 ($\bar{X} = 8.62$ SD = 4.85) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเด่นกลุ่มอาการทางลบ คิดเป็นร้อยละ 87.22 ($\bar{X} = 11.46$ SD = 5.49)



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180)

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ชาย	109	1.68	.747	1.38	.334
หญิง	71	1.53	.733		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคูชีวิต	-.378*	.000	ระดับต่ำ
2. ความเครียด	.819*	.000	ระดับสูงมาก
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.154*	.039	ระดับต่ำมาก
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	.061	.417	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ภาระการดูแลผู้ป่วย	.779*	.000	ระดับสูง
6. อาการทางลบ	.305*	.000	ระดับต่ำ
7. อาการทางบวก	.509*	.000	ระดับปานกลาง
8. การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต	.711*	.000	ระดับสูง

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ตามสมมติฐานการวิจัย จากตารางที่ 1 และตารางที่ 2 สรุปผลได้ดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของ

คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

3.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.2.2 สัมพันธภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคูชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r = -.378$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าสัมพันธภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคูชีวิตดี จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง



3.2.3 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูงมาก ($r = .819$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าคู่วิตเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับต่ำ ($r = -.154$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าคู่วิตมีการสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง

3.2.5 ภาวะการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ($r = .779$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าคู่วิตมีการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.6 การรับรู้การถูกตีตราของคู่วิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ($r = .711$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าคู่วิตมีการรับรู้การถูกตีตราเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.7 อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับปานกลาง ($r = .509$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางบวกเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.8 อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r = .305$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางลบเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

ความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท
พบว่า ความเหนื่อยหน่ายด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของ

ผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคู่วิตส่วนใหญ่ที่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมาเป็นระยะเวลานานจากการศึกษาของ Mayuree Klubwong et al.⁹ พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสั้น เพราะวัยวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้นจะทำให้คู่วิตมีการปรับตัว มองโลกกว้างไกลและสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพของคู่วิตผู้ป่วยจิตเภทมีความผูกพันทางใจที่ลึกซึ้ง ซบซึ้ง มีความแตกต่างจากผู้ดูแลกลุ่มอื่น จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความอดทนและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ สามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้⁵

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 เพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายสามารถเกิดความเหนื่อยหน่ายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งในสังคมปัจจุบันเพศหญิงและเพศชายมีความเท่าเทียมกันในด้านกฎหมาย การศึกษา อาชีพและสังคม สอดคล้องกับ Demirbas & Kizil¹⁸ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ($r = .061$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับ Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen⁵ ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อย



หน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากไม่ว่าระยะเวลาใดก็ไม่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายได้ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Mayuree Klubwong et al.⁹ พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเป็นส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยนานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยในเวลาระยะสั้น เพราะวัยวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้มากขึ้น มองโลกกว้างไกลและสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น¹⁰

2.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต

พบว่า สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคูชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r=-.378$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ส่งผลกระทบกับการปรับตัวของคู่สมรสมากที่สุด¹⁸ หากคูชีวิตมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดี ก็สามารถให้การดูแลได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีโดยไม่สร้างปัญหาให้สังคม

2.4 ภาวะเครียด พบว่า ความเครียดมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูงมาก ($r=.819$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คูชีวิตที่มีบุคลิกภาพต่างกันจะส่งผลให้เกิดความเครียดที่แตกต่างกัน หากคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับตัวที่ไม่ดี สามารถส่งผลเกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งหากคูชีวิตยังเกิดความเครียดมาก ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายมากตามขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen⁵ ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.5 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า การ

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r=-.154$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ด้วยบริบทสังคมไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในบ้านหลากหลาย

ช่วงวัย เมื่อคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทได้รับกำลังใจ การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือคนรอบข้าง การสนับสนุนจากสังคม และบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข จะช่วยให้คูชีวิตเกิดความรู้สึกปลอดภัย เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง สอดคล้องกับการศึกษา Demirbas & Kizil¹⁸ พบว่า หากคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้คูชีวิตรู้สึกอบอุ่นใจในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย มีกำลังใจซึ่งการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายลดลง

2.6 ภาระการดูแลผู้ป่วย พบว่า ภาระการ

ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ($r=.779$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย การที่คูชีวิตต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มจากบทบาทเดิมของคูชีวิต คูชีวิตต้องปรับตัวหลายด้าน ใช้ความพยายามเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม ส่งผลให้คูชีวิตรู้สึกยากลำบาก เกิดภาระเพิ่มขึ้นกับตัวเอง ก่อให้เกิดความเครียดและเกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มมากขึ้น

2.7 การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต พบว่า

การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ($r=.711$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย การที่คูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทต้องเพิ่มบทบาทจากการเป็นคนรัก สู่บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดการรับรู้ถึงความแตกต่างของคูชีวิตของตนเองที่ไม่เหมือนคนอื่น การรับรู้ได้ถึงการแสดงออกของคนในสังคมถึงความไม่เข้าใจ การไม่ยอมรับ การปฏิเสธ ทำให้รู้สึกไม่ติดต่อ ปฏิกริยาในแง่ลบที่คนในสังคมแสดงออกมา จึงเกิดการปรับตัวขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม มีการจำกัดการดำเนินชีวิตภายในสังคมตัวเองและครอบครัว ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดจนความรู้สึกถูกตีตราจากความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย^{8, 9, 17} ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิดภายใน



ตนเอง เกิดความเครียด ด้วยข้อจำกัดที่หลากหลาย เกิดการรับรู้การถูกตีตราที่มากขึ้น จึงทำให้คู่ชีวิตเกิดความเหนื่อยหน่ายมากขึ้น

2.8 อาการทางบวก พบว่า อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับปานกลาง ($r=.509$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกมากส่งผลให้คู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทเหนื่อยหน่ายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mayuree Klubwong et al.⁹ พบว่า ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายเนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง รวมทั้งทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นเช่นเดียวกับการศึกษาของ Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen⁵ ที่พบว่า อาการทางบวกของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยหน่าย เนื่องจากอาการทางจิตที่รุนแรง จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยหน่ายได้

2.9 อาการทางลบ พบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r=.305$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบมากส่งผลให้คู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทเหนื่อยหน่ายมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน อาการที่พบเป็นอาการทางลบซึ่งเป็นอาการเรื้อรังของโรคจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen⁵ เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการพบปะกันที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกือบทุกด้าน จึงต้องเผชิญกับอาการทางลบและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมแยกตัว ซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรม ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกขั้วทรมาณ เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับความเหนื่อยหน่าย ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ควรจัดโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมให้คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้ เข้าใจ และเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วย

2. ปัจจัยความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในระดับที่สูงมาก ดังนั้น ทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรส่งเสริมการบำบัดลดความเครียด จัดกิจกรรมให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงการทํานาย ที่ทำนายปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อาจเพิ่มเติมปัจจัยจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เช่น ความเข้มแข็งทางใจ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นต้น

2. การวิจัยครั้งนี้พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายกับคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมช่วยบรรเทาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภท คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวของผู้ป่วยทุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลา และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจนลุล่วงไปด้วยดี



Reference

1. Department of mental health. Reports of patients receiving psychiatric services. 2566. Retrieved 4 March 2023 from <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/> (in Thai)
2. Department of mental health. Department of Mental Health Strategic Plan During the 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021) and the Department of Mental Health Policy for the year 2017-2018. Nonthaburi: Bureau of Mental Health Strategy Department of Mental Health. 2016. (in Thai)
3. Manote Lotrakul & Pramote Sukanich. 2015. Ramathibodi Essential Psychiatry. Fourth Edition. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. 2015. 640 pages. (in Thai)
4. Rapeepong Youngwarasawasd, Pongpan Kirdpitak & Prasarn Malakul Na Ayuthaya. The integrative family counseling model for enhancing couple marital success. Journal of Education Research Faculty of Education, Srinakharinwirot University. 2016; 10(1): 130-175. (in Thai)
5. Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen. Selected factors related to burnout in caregiver of persons with schizophrenia in community. Journal of the royal Thai army nurses. 2017; 18(1): 308-322. (in Thai)
6. Sansanee Treesarn. Happiness of schizophrenic patient's couple. [Individual study]: Thammasat University; 2010. (in Thai)
7. Lawn, S., & McMahon, J. (2014). The Importance of Relationship in Understanding the Experiences of Spouse Mental Health Carers. Qualitative Health Research, 24 (2), 254–266.
8. Seeman, M. V. (2013). Bad, burdened or ill? Characterizing the spouses of women with schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry, 59(8), 805–810.
9. Mayuree Klubwong, Pachongchiit Intasuwan, Wiladlak Chuawanlee, Nuntika Thaviichachart. Factors affecting burnout and care behavior of caregiver of schizophrenic patients. The Journal of Behavioral Science. 2009; 15(1): 57-75. (in Thai)
10. Asghar A, Majeed S, Malik F. Psychological Distress, Affiliate Stigma and Burnout in Caregivers of Patients with Schizophrenia. International Journal of Social Sciences & Educational Studies. 2018; 5(2): 73-85.
11. Maslach C, Susan E J. The measurement of experienced burnout. JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR. 1981;2: 99-113.
12. Locke, H.J., & Wallace, K.M. (1959). Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their Reliability and Validity. Marriage and family living, 21(3), 251-255
13. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38(5): 300-314.
14. Pornchai Jullamate & Yupin Thanatwanich (2001). Stress and coping of caregivers of stroke patients. The Journal of



- Faculty of Nursing Burapha University, 9, 32-46. (in Thai)
15. Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985) Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(5): 19-26
16. Mak, W. W., & Cheung, R. Y. M. (2010). Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: Conceptualization and unified measurement. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2): 267-281.
17. Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
18. Demirbas, H., & Kizil, E. T.A.O. (2017). Burnout and Related Factors in Caregivers of outpatients with Schizophrenia. *Insights on the Depression and Anxiety.*, 1, 01-11.



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่

อุทุมพร ศิริงาม* และ นพมาศ พัดทอง**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การรักษา ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่

รูปแบบการวิจัย: พรรณนาเชิงความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 133 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพฯ 2 แห่ง โดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน ช่วงเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง เมษายน 2567 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามความวิตกกังวลตามสถานการณ์ แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ .96, .95, .85 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พอยท์ไบซีเรียล และสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.39 (SD = 0.78) ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล มีความต้องการระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 (SD = 0.91) รองลงมาคือด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 (SD = 1.22) ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับปานกลาง (ขณะเผชิญ $r = .40$, แบบแฝง $r = .41$, $r = .45$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับน้อย ($r = -.18$, $p < .05$) อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาและการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

สรุป: ผลการศึกษาสามารถพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่โดยแบ่งเป็นรายด้าน โดยเฉพาะความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลเพื่อตอบสนองกับความต้องการได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านมรายใหม่/ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

* นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสมาชิกหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Selected Factors Associated with Supportive Care Needs in Newly Diagnosed Breast Cancer Persons

Uthumporn Siringam* and Noppamat Pudtong**

Abstract

Purpose: To study the supportive care needs and the relationships between selected factors, including age, marital status, education level, type of treatment, anxiety, symptom distress, and social support, with the supportive care needs of newly diagnosed individuals with breast cancer.

Design: Descriptive correlational research.

Methods: The sample consisted of 133 individuals newly diagnosed with breast cancer and receiving treatment at two tertiary hospitals in Bangkok. Multi-stage random sampling was conducted between November 2023 and April 2024. The instruments used included a personal information form, the Supportive Care Needs Survey-Short Form 34, the State-Trait Anxiety Inventory, the Symptom Distress Scale, and a Social Support Questionnaire. The content validity indices of the instruments were as follows: the Supportive Care Needs Survey had a validity of 0.88, the Symptom Distress Scale had a validity of 0.80, and the Social Support Questionnaire had a validity of 0.90. Cronbach's alpha coefficients were 0.957, 0.953, 0.850, and 0.824, respectively. Data were analyzed using Pearson's correlation, point-biserial correlation, and Spearman's rank correlation statistics.

Results: The participants had an average age of 55 years, were predominantly married, and held a bachelor's degree. They reported a low level of supportive care needs, with an average score of 2.39 (SD = 0.78). In the domain of health systems and information, participants reported a moderate level of need, with an average score of 3.09 (SD = 0.91), followed by patient care and support, with an average score of 2.80 (SD = 1.22). Anxiety and symptom distress showed a moderate positive correlation with supportive care needs (state anxiety: $r=0.40$, $r=0.40$, trait anxiety: $r=0.41$, $r=0.41$, and symptom distress: $r=0.45$, $r=0.45$, $p<0.001$, $p<0.001$). Social support demonstrated a low negative correlation with supportive care needs ($r=-0.18$, $r=-0.18$, $p<0.05$, $p<0.05$). No significant correlations were found between supportive care needs and age, marital status, educational level, or type of treatment.

Conclusion: The findings of this study can inform the development of nursing guidelines for newly diagnosed breast cancer patients, with particular focus on addressing needs related to the health system and information to better meet their requirements.

Keywords: Supportive care needs/ newly diagnosed breast cancer patients

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(3) : 99-112

Article info: received June 19, 2024; revised July 15, 2024; accepted December 16, 2024

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

E-mail: uthum.sirin45@gmail.com

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



บทนำ

ในประเทศไทย มีรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมปี 2565 พบว่า หญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด 38,559 ราย และปี 2566 พบผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ 40,293 รายต่อปี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และผลการตรวจชิ้นเนื้อที่ยืนยันผลการเป็นมะเร็งเต้านม มีระยะหลังการวินิจฉัยไม่เกิน 4 เดือน เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งอาจเกิดความกลัว วิตกกังวล ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง¹ ส่งผลต่อการรักษาโรค ซึมเศร้า สูญเสียภาพลักษณ์ บทบาททางสังคม สัมพันธภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลง หากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองก็อาจส่งผลต่อการรักษา การเผชิญปัญหา เกิดความทุกข์ทางอารมณ์รวมถึงคุณภาพชีวิตลดลง² มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างเพียงพอที่จะช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้³ ส่งผลต่อการรักษา เกิดความทุกข์ทางอารมณ์ คุณภาพชีวิตลดลง² อันจะนำมาสู่การบกพร่องในบทบาทหน้าที่ทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่งผลกระทบถึงการรักษาในระยะยาว และส่งผลต่อภาระทางเศรษฐกิจได้⁵

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive care needs)³ คือ ความต้องการที่จะได้รับการดูแลและตอบสนองตามความต้องการเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัญหา โดยมีการประเมินความต้องการตามการรับรู้ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ คือ ด้านอารมณ์ความรู้สึกและทักษะการเผชิญปัญหา ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและข้อมูลโรงพยาบาล ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน คือ ความไวจากทีมสุขภาพในการตอบสนองทั้งร่างกาย จิตใจและทางเลือกในการรักษา ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน คือ อาการจากการรักษาและการดูแลเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน ด้านเพศสัมพันธ์ คือ สัมพันธภาพและการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางเพศ ซึ่งหากผู้ที่เป็น

มะเร็งเต้านมรายใหม่ได้รับการดูแลแบบสนับสนุนอย่างเหมาะสม จะช่วยให้สามารถจัดการตนเองได้ดี รักษาเสถียรภาพทางอารมณ์ การปรับตัวทางสังคม การรู้ขีดภาพลักษณ์ มุมมองในอนาคต และความแข็งแกร่งทางร่างกาย⁴ เป็นส่วนช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต⁵ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่าร้อยละ 50 โดยด้านที่ต้องการมากที่สุดจะเป็นด้านระบบสุขภาพและข้อมูล และด้านจิตใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมที่มีความต้องการรายด้านที่แตกต่างกัน รวมถึงความแตกต่างของระบบสุขภาพการดูแลในแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ ได้แก่ 1) อายุ พบว่าผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีความต้องการด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับต่ำกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า⁶ ในขณะที่ผู้ที่อายุน้อยกว่า 50 ปี มีความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล⁷ การศึกษาอื่น ๆ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการโดยรวมทุกด้าน^{8, 9} 2) สถานภาพสมรส ผู้ที่มีสถานภาพคู่ มีความต้องการด้านเพศสัมพันธ์สูงกว่าผู้ไม่มีคู่⁶ ผู้ที่แต่งงานมีความต้องการด้านเพศสัมพันธ์^{7, 8, 10} 3) ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความต้องการด้านจิตใจที่สูงกว่าผู้ที่ระดับการศึกษาน้อย⁶ ด้านการดูแลและสนับสนุน⁷ และด้านเพศสัมพันธ์¹⁰ เป็นปัจจัยทำนายความต้องการโดยรวม⁹ ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีความต้องการด้านจิตใจ ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน⁷ 4) การรักษา พบว่า ผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความต้องการด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน^{7, 11} ผู้ที่ได้รับยาฮอร์โมนบำบัดมีความต้องการด้านเพศสัมพันธ์¹⁰ 5) ความวิตกกังวล พบว่า มีความต้องการด้านจิตใจ^{9, 12} ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ด้านการดูแลและสนับสนุน และด้านเพศสัมพันธ์^{8, 12} 6) ความทุกข์ทรมานจากอาการ พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้าน



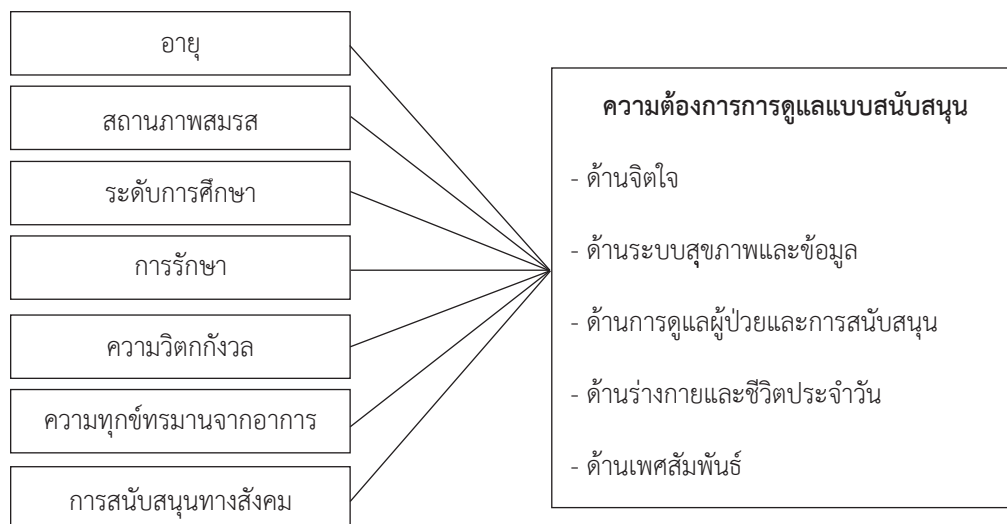
ระบบสุขภาพและข้อมูล ด้านจิตใจ ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน^{9, 10} 7) การสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม^{9, 13}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความต้องการรายด้านที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมและประเทศ⁹ ดังนั้น องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษามะเร็งเต้านมรายใหม่ในต่างประเทศจึงอาจนำมาใช้ในการอ้างอิงได้จำกัดในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ในประเทศไทยได้ เนื่องจากมีบริบทและความจำเพาะต่อโรค การรักษา และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกันกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แม้ในต่างประเทศจะมีการศึกษาหลากหลาย แต่พบว่าโดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งเต้านมรายใหม่ยังมีการศึกษาน้อย

อีกทั้งในประเทศไทย ยังพบการศึกษาในกลุ่มนี้ค่อนข้างจำกัดในกลุ่มนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ เพื่อให้สามารถนำไปวางแผน พัฒนาองค์ความรู้ การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่อย่างแท้จริง ซึ่งจะส่งผลให้สามารถเผชิญปัญหา จัดการตนเองได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Bonevski et al³ และปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้





วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การรักษา ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากอาการและการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่เป็นอย่างไร
2. อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การรักษา ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม รายใหม่หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่
2. อายุและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่
3. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การรักษา มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ว่าเป็นมะเร็งเต้านม เพศหญิงที่มาใช้บริการในเขต

กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่จากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม จากผลการตรวจชิ้นเนื้อไม่เกิน 4 เดือน เพศหญิง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 93 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 40 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้ข้อมูลจากคู่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความทุกข์ทรมานจากอาการกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ในการศึกษาของ สุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร (2561) เรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดี กำหนดขนาดอิทธิพล ค่า r เท่ากับ .24 ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 133 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด

1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมจากผลชิ้นเนื้อระยะเวลาไม่เกิน 4 เดือน 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์โดยการสอบถามชื่อ สถานที่ และเวลา 3) สื่อสารด้วยการพูด ฟังภาษาไทยได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย วูบ หมดสติใจสั่น เจ็บหน้าอก เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตการใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนาเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการศึกษา รายได้ และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว การวินิจฉัย ผลชิ้นเนื้อ ระยะเวลาที่วินิจฉัย ระยะของโรค และการรักษา โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการการดูแล



แบบสนับสนุนของ Boyes, Girgis, and Lecathelinais ซึ่งพัฒนาเป็นฉบับย่อมาจากแบบประเมินของ Bonevski (2000)³ แปลเป็นภาษาไทยโดย Unjai (2016)¹⁴ ข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ การแปลผลคะแนนเป็นคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คือไม่ต้องการการดูแลแบบสนับสนุน 2.10-3.00 คือมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับน้อย 3.10-4.00 คือมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับปานกลาง 4.10-5.00 คือ มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับมาก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .96

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State-Trait Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ Spielberger (1983) ฉบับภาษาไทย โดยชาติรี นนทศักดิ์ (2534) แบ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory: From X-I) 20 ข้อ และแบบวัดความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety : From X-II) จำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนน 20.00-80.00 คะแนนมาก คือ มีความวิตกกังวลมาก หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .95

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ The Symptom distress Scales (SDS) ของ McCorkle (1978) แปลเป็นภาษาไทยโดย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา มีจำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนน 10-23 หมายถึง ความทุกข์ทางอาการน้อย 24-37 หมายถึง ความทุกข์ทางอาการปานกลาง 38-50 หมายถึง ความทุกข์ทางอาการมาก หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .85

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของวันดา รัตนานนท์ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีโรคเบาหวานวัยหมดประจำเดือนของกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ลักษณะข้อคำถามมี 20 ข้อ มี 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์

ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ ด้านการเงินหรือแรงงาน การแปลผลคะแนน คะแนนสูง หมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลขอนุมัติที่ COA NO.1186/2023 รับรองตั้งแต่วันที่ 14 กันยายน 2566 ถึง 13 กันยายน 2567 และโรงพยาบาลตำรวจ เลขอนุมัติที่ COA NO.66/2566 รับรองตั้งแต่วันที่ 4 กันยายน 2566 ถึง 4 กันยายน 2567 ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและการแปลผลของข้อมูลเป็นภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลรวมถึงการแจ้งถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทั่วไป หน่วยรังสีรักษา หน่วยอายุรศาสตร์เคมีบำบัด แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติ เริ่มเก็บข้อมูลเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง เมษายน 2567 ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ แจ้งข้อมูลการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามคนละ 1 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามย่อย 5 ส่วน รวม 115 ข้อ โดยอธิบายและชี้แจงขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและวิธีตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 1) วิเคราะห์ข้อมูล



ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ผลชิ้นเนื้อ ระยะเวลาที่วินิจฉัย ระยะของโรค การรักษา และระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านสถานภาพสมรส การรักษา ใช้สถิติสหสัมพันธ์ พอยท์ไบซีเรียล ระดับการศึกษา ใช้สถิติสหสัมพันธ์ สเปียร์แมน อายุ ความวิตกกังวล ความทุกข์จากอาการ และการสนับสนุนทางสังคม ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 55.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 53.4 รายได้ต่อเดือน 40,001-50,000 ร้อยละ 24.8 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 55.8 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ คือ มะเร็งเต้านมด้านซ้าย (CA left breast) ร้อยละ 53.4 ผลชิ้นเนื้อส่วนใหญ่เป็นชนิด Invasive carcinoma ร้อยละ 63.4 ระยะเวลาการวินิจฉัยส่วนใหญ่ คือ 1 เดือน 1 วัน-2 เดือน ร้อยละ 36.8 ระยะของโรคส่วนใหญ่ คือ ระยะที่ 2 ร้อยละ 45.1 การรักษาส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดร้อยละ 74

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม (n = 133)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	จำนวนข้อ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล	11	3.09	1.15	ปานกลาง
ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน	5	2.80	1.22	น้อย
ด้านจิตใจ	10	2.43	0.91	น้อย
ด้านการดูแลร่างกายและชีวิตประจำวัน	5	2.01	0.94	น้อย
ด้านเพศสัมพันธ์	3	1.60	0.74	ไม่ต้องการ
โดยรวม	34	2.39	0.78	น้อย

2. ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มีความต้องการอยู่ในระดับน้อยโดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.39 (SD = 0.78) เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล

มีค่าเฉลี่ย 3.09 (SD = 0.91) รองลงมาคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน มีค่าเฉลี่ย 2.80 (SD = 1.22) สำหรับด้านที่น้อยที่สุดคือ ด้านเพศสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ย 1.60 (SD = 0.74)



ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การรักษา ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากอาการและการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ในผู้เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ (n = 133)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
อายุ	.03	.734
สถานภาพ	-.12 (r_{pb})	.161
ระดับการศึกษา	-.01 (p)	.899
การรักษา	.12 (r_{pb})	.403
ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	.40**	<.001
ความวิตกกังวลแฝง	.41**	<.001
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	.45**	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	-.18*	.040

p < .001**, p < .05*

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม

3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการ ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแฝง และความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการดูแลแบบสนับสนุนในผู้เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .40, .41$ และ $.45$)

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.18$)

3.3 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความต้องการ ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และการรักษา

4. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนแยกรายด้าน

4.1 ด้านจิตใจ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแฝง และความทุกข์ทรมานจากอาการ

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .47, .44$ และ $.46$) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.18$) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และการรักษา

4.2 ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแฝง และความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .23, .23$ และ $.21$) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การรักษา และสนับสนุนทางสังคม

4.3 ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแฝง และความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .26, .31$



และ .30) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การรักษา และสนับสนุนทางสังคม

4.4 ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านการดูแลร่างกาย และชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .50$) การรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการด้านการดูแลร่างกายและชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.22$) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความวิตกกังวลแฝง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการด้านการดูแลร่างกาย และชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .32$ และ $.23$) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และสนับสนุนทางสังคม

4.5 ด้านเพศสัมพันธ์ อายุ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.21$ และ $-.27$) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแฝง และความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการด้านเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .33$, $.36$ และ $.35$) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา และการรักษา

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ มีระดับความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.39 เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มีความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลในระดับปานกลาง ส่วนด้านจิตใจ ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ด้านการดูแลร่างกายและชีวิตประจำวัน มีความต้องการในระดับน้อย และไม่มีมีความต้องการด้านเพศสัมพันธ์

1. ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล พบว่ามีความต้องการในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มีความต้องการการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านสามารถทำได้เพื่อช่วยให้อาการป่วยของท่านดีขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ว่ามะเร็งอยู่ภายใต้การควบคุมหรือบรรเทาลง (อยู่ในระยะสงบ) ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่จะมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและกระบวนการวินิจฉัยโรค โอกาสและทางเลือกในการรักษา การดำเนินโรค การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างและหลังการรักษา การกลับเป็นซ้ำ¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ประเทศแถบเอเชียมีความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลมากที่สุด^{6, 8, 10, 16} สอดคล้องกับการศึกษาของสตรีที่ตรวจพบมะเร็งเต้านมในชนบทกับในเมือง¹¹ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมชาวเกาหลี และชาวไต้หวัน พบว่า มีความต้องการด้านระบบสุขภาพ/ข้อมูลสูง^{7, 9}

2. ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน พบว่า มีความต้องการในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีความต้องการการมีทางเลือกมากขึ้นในการเลือกพบผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง รองลงมาคือ การได้รับความมั่นใจจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าสิ่งที่ท่านรู้สึกนั้นเป็นเรื่องปกติ ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่อาจขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง¹ ต้องการความช่วยเหลือ ความไวจากทีมสุขภาพในการตอบสนองทั้งร่างกาย จิตใจและทางเลือกในการรักษา เพื่อช่วยจัดการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน^{8, 9, 17}

3. ด้านจิตใจ พบว่ามีความต้องการด้านจิตใจในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มีความกลัวเกี่ยวกับการแพร่กระจายของมะเร็ง รองลงมาคือ ความกังวลว่าผลการรักษาอยู่นอกเหนือการควบคุมของท่าน เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม อาจเกิดความหวาดกลัว วิตกกังวล เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง¹ อาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจโดยตรง



สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการด้านจิตใจ^{9, 11, 8, 13, 16}

4. ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน พบว่ามีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาแยกรายข้อ พบว่า มีความต้องการเกี่ยวกับเรื่องความรู้สึกหมดแรงหรือเหนื่อยล้า รองลงมาคือความปวดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา ก่อให้เกิดความทุกข์ทางร่างกาย ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ฤทธิ์ข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและการฉายแสง ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทุกด้านระดับสูงรวมถึงด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน^{8, 9, 11}

5. ด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ไม่มีความต้องการ เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าไม่มีความต้องการเช่นกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศ อาจเนื่องจากบริบทค่านิยม สังคมและวัฒนธรรมประเทศไทย ที่ไม่อาจเปิดเผยในเรื่องดังกล่าว รวมถึงการเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วย ความรู้สึทางเพศลดลง ไม่สามารถกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ อาจส่งผลก่อให้เกิดความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ที่ลดลงได้ ซึ่งต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่มีพบว่า ผู้ที่แต่งงานจะมีความต้องการในด้านเพศสัมพันธ์มากกว่า

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ พบว่า

1. อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการโดยรวม อธิบายได้ว่า ในผู้ที่อายุน้อยหรือมาก มีความต้องการโดยรวมที่ไม่ต่างกัน ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ แม้ว่ามีการศึกษาในระดับปริญญาตรี รายได้ต่อเดือน 40,001-50,000 อาจแสวงหาแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการ

การดูแลในด้านต่าง ๆ มีความสามารถในการจัดการปัญหาต่าง ๆ แต่ประสบการณ์ชีวิตและอายุที่แตกต่างกัน ก็อาจมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่แตกต่างกันออกไป จากผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาในหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่อายุน้อยมีความต้องการทุกด้าน^{8, 9}

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แยกรายด้าน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการด้านเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 หมายความว่า ผู้ที่อายุน้อยมีความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ที่น้อยลง อาจด้วยอายุที่มากขึ้น ฮอร์โมนเพศลดลง รวมถึงความเจ็บป่วยอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล เครียด กำลังปรับตัวกับโรค สำหรับด้านอื่น ๆ อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ที่มีอายุมาก (> 60 ปีขึ้นไป) พบว่ามีความต้องการด้านร่างกายและชีวิตประจำวันลดลง รวมถึงด้านเพศสัมพันธ์ และในผู้อายุน้อย (< 50 ลงไป) สัมพันธ์กับความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ และความต้องการด้านข้อมูล และมีการศึกษาบางส่วนที่ไม่สอดคล้อง พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมอายุน้อยมีความต้องการด้านจิตใจที่สูงกว่า¹¹

2. สถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการทั้งโดยรวมและรายด้าน อาจอธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใด ก็มีความต้องการไม่แตกต่างกัน ในผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีแหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้เผชิญกับภาวะเครียดและปัญหาต่าง ๆ ได้ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพคู่ มีความต้องการด้านเพศสัมพันธ์สูงกว่าผู้ไม่มีคู่⁶ ผู้ที่แต่งงานมีความต้องการด้านเพศสัมพันธ์^{8, 10} สำหรับผู้ที่อยู่คนเดียว มีความต้องการด้านการดูแลและสนับสนุน⁷ รวมถึงอาจเนื่องจากบริบททางวัฒนธรรมประเทศไทยที่มักไม่เปิดเผยถึงความต้องการโดยเฉพาะในด้านเพศสัมพันธ์

3. ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการโดยรวมและรายด้าน อธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะอยู่ใน



ระดับใด ก็มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนไม่แตกต่างกัน บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโรคมะเร็งเต้านม อาจเกิดความกลัว วิดกกังวล เป็นประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์การศึกษามากหรือน้อย ก็อาจมีความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีความต้องการด้านจิตใจ ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน⁷ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความต้องการด้านจิตใจสูงกว่าผู้ที่ระดับการศึกษาน้อย⁶ ด้านการดูแลและสนับสนุน⁷ และด้านเพศสัมพันธ์¹⁰

4. การรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการโดยรวม อธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะได้รับการรักษาใด หรือยังไม่ได้รักษา ก็มีความต้องการโดยรวมไม่ต่างกัน เมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่า การรักษา มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความต้องการด้านการดูแลร่างกาย และชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับด้านอื่น ๆ นั้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ การรักษา มักก่อเกิดอาการข้างเคียง ไม่สบาย อาจทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน เพื่อจัดการอาการทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความต้องการด้านร่างกาย และชีวิตประจำวัน^{7, 11} ผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และยาเคมีบำบัดมีความต้องการด้านร่างกายและชีวิตประจำวันและด้านจิตใจมากกว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดอย่างเดียว⁹

5. ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการโดยรวม อาจเนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในระยะหลังการวินิจฉัย 1-2 เดือนอยู่ในช่วงการปรับตัวกับการเผชิญกับโรคและการรักษา จึงยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา โรคและการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม รายใหม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน¹³ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แยกรายด้านพบว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแฝง

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการดูแลด้านจิตใจ อาจเนื่องมาจากความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ส่วนใหญ่กังวลกับตัวโรค การดำเนินของโรค ต้องการความมั่นใจเกี่ยวกับโรคว่าสามารถที่จะควบคุมได้ สำหรับด้านด้านระบบสุขภาพ และข้อมูล ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ด้านการดูแลร่างกายและชีวิตประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแฝง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากการปรับตัวในผู้ที่เป็มะเร็งรายใหม่ การเข้าสู่กระบวนการรักษาล้วนมีความต้องการการสนับสนุนดูแลในหลาย ๆ ด้าน เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นปัจจัยทำนายความต้องการในผู้ที่เป็มะเร็งรายใหม่^{9, 6}

6. ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการโดยรวม ซึ่งความทุกข์ทรมานจากอาการ อาจส่งผลถึงความผิดปกติทางร่างกายและอารมณ์ ทำให้มีความต้องการการดูแลมากขึ้น เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นปัจจัยทำนายความต้องการโดยรวมในผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมรายใหม่⁹ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แยกรายด้าน พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการด้านจิตใจ และด้านการดูแลร่างกายและชีวิตประจำวัน อาจเนื่องจากอาการไม่สบายต่าง ๆ ทั้งจากโรคและการรักษา เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือพบทางทางสังคม รวมถึงอาจสูญเสียความมั่นใจ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมรายใหม่เป็นปัจจัยทำนายความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลด้านจิตใจ ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน¹⁰ นอกจากนี้ ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกใน



ระดับต่ำกับความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ด้านเพศสัมพันธ์ การตอบสนองความต้องการให้ครอบครัวด้านก็จะช่วยให้บรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นปัจจัยทำนายความต้องการโดยรวมในผู้ที่เป็ นมะเร็งเต้านมรายใหม่⁹

7. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการโดยรวม การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ อาจทำให้ความต้องการลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการในผู้ที่เป็ นมะเร็งเต้านมรายใหม่¹³ เมื่อพิจารณาแยกกรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการด้านจิตใจ และด้านเพศสัมพันธ์ อาจเนื่องจากคนใกล้ชิด ครอบครัว เป็นส่วนที่สำคัญต่อการเผชิญกับปัญหา หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ก็จะส่งผลถึงปัญหาสภาวะทางด้านจิตใจ และด้านเพศสัมพันธ์ที่ลดลง ช่วยให้รู้สึกมีคุณค่า ปลอดภัย สำหรับด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ด้านการดูแลร่างกายและชีวิตประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม อาจเนื่องจากส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและรายได้สูง และได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมในระดับมากอาจอธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะอยู่ในระดับใดก็มีความต้องการในด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ด้านการดูแลร่างกายและชีวิตประจำวันที่ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่สรุปได้ว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการในผู้ที่เป็ นมะเร็งเต้านมรายใหม่¹³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาวางแผนการให้การพยาบาลเพื่อให้สามารถตอบสนองกับความต้องการกับผู้ที่เป็ นมะเร็งเต้านมรายใหม่ในประเทศไทย โดยเน้นไปยังด้านระบบสุขภาพและข้อมูล จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ดังนั้น จึงสามารถนำไปวางแผนการพยาบาลในการจัดกระทำได้ เช่น ความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมานจากอาการ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลในหลายแผนก จึงอาจได้กลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามคุณสมบัติน้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีหลากหลาย ส่งผลให้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลานาน

Reference

1. Kaewubon J. The Effective of program providing information to quality of life among the breast cancer patient receiving breast surgery. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 4]; 4(7): 13-27. Available from: <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/8901>. (In Thai)
2. Okediji PT, Salako O, Fatiregun OO. Pattern and predictors of unmet supportive care needs in cancer patients. Cureus [Internet]. 2017 May 9 [cited 2024 Jun 4]; 9(5): e1234. doi: 10.7759/cureus.1234. PMID: 28620565; PMCID: PMC5467772.



3. Bonevski B et al. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. Cancer [Internet]. 2000 Jan 1 [cited 2024 Jun 4]; 88(1): 217-25. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(20000101)88:1<217:aid-cncr29>3.0.co;2-y. PMID: 10618626.
4. Sanson-Fisher R et al. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. Cancer [Internet]. 2000 Jan 1 [cited 2024 Jun 4]; 88(1): 226-37. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(20000101)88:1<226:aid-cncr30>3.3.co;2-g. PMID: 10618627.
5. Chowdhury SH, Banu B, Akter N, Hossain SM. Unmet supportive care needs and predictor of breast cancer patients in Bangladesh: A cross-sectional study. J Oncol Pharm Pract [Internet]. 2022 Dec [cited 2024 Jun 4]; 28(8): 1687-95. doi: 10.1177/10781552211039114. Epub 2021 Sep 30. PMID: 34590516.
6. Pérez-Fortis A et al. Prevalence and factors associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients. Support Care Cancer [Internet]. 2017 Oct [cited 2024 Jun 4]; 25(10): 3273-80. doi: 10.1007/s00520-017-3741-5. Epub 2017 May 17. PMID: 28516220; PMCID: PMC5577048.
7. Hwang SY, Park BW. The perceived care needs of breast cancer patients in Korea. Yonsei Med J [Internet]. 2006 Aug 31 [cited 2024 Jun 4]; 47(4): 524-33. doi: 10.3349/ymj.2006.47. 4.524. PMID: 16941743; PMCID: PMC2687734.
8. Abdollahzadeh F et al. Un-met supportive care needs of Iranian breast cancer patients. Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 2014 [cited 2024 Jun 4]; 15(9): 3933-8. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.9.3933. PMID: 24935576.
9. Liao MN et al. Changes and predictors of unmet supportive care needs in Taiwanese women with newly diagnosed breast cancer. Oncol Nurs Forum [Internet]. 2012 Sep [cited 2024 Jun 4]; 39(5): E380-9. doi: 10.1188/12.ONF.E380-E389. PMID: 22940517.
10. Au A et al. Supportive care needs in Hong Kong Chinese women confronting advanced breast cancer. Psychooncology [Internet]. 2013 May [cited 2024 Jun 4]; 22(5): 1144-51. doi: 10.1002/pon.3119. Epub 2012 Jun 19. PMID: 22715115.
11. Girgis A, Boyes A, Sanson-Fisher RW, Burrows S. Perceived needs of women diagnosed with breast cancer: rural versus urban location. Aust N Z J Public Health [Internet]. 2000 Apr [cited 2024 Jun 4]; 24(2): 166-73. doi: 10.1111/j.1467-842x.2000.tb00137.x. PMID: 10790936.
12. Lam WW et al. Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. Breast Cancer Res Treat [Internet]. 2011 Nov [cited 2024 Jun 4]; 130(2): 531-41. doi: 10.1007/s10549-011-1592-1. Epub 2011 May 27. PMID: 21617919.



13. Schmid-Büchi S, Halfens RJ, Müller M, Dassen T, van den Borne B. Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 Feb [cited 2024 Jun 4]; 17(1): 22-9. doi: 10.1016/j.ejon.2012.02.003. Epub 2012 Mar 25. PMID: 22449715.
14. Unjai S, Somjaivong B. Translation and reliability of the supportive care needs survey Thai version in cervical cancer patients. *Journal of Nursing Science & Health* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 4]; 39(3): 119-26. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/58495/61279>. (In Thai).
15. Sinuanchaeng B. Educative-supportive care needs, received and satisfaction among patients with early stage cancer. *Journal of Nursing Science & Health* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 4]; 41(1): 24-33. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/100524>. (In Thai).
16. Fiszer C, Dolbeault S, Sultan S, Brédart A. Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psychooncology* [Internet]. 2014 Apr [cited 2024 Jun 4]; 23(4): 361-74. doi: 10.1002/pon. 3432. Epub 2013 Oct 28. PMID: 24677334.
17. Chantamit-O-Pas MC, Potaros D, Pichaya P. Supportive Care Needs and Its Predictors among Patients with Breast Cancer. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 4]; 30(2): 25-39. Available from: <https://nurse.buu.ac.th/rsh/file/journal/0000001290.pdf>. (In Thai).
18. Yottavee W, LowThumma P, Chidnayee S, Chaiwongnakpun C, Tumme S. Adaptation of woman with breast cancer. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 4]; 11(2): 272-83. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/231644/158091>. (In Thai).



วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิชาการทางการแพทย์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยบทความต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ด้วยระบบการพิจารณาแบบ Double Blind Review

จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผลงานที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับตามเกณฑ์ของวารสาร กรณีที่บทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้แต่งจะต้องเป็นสมาชิกของวารสารฯ 2 ปี

ชนิดของบทความที่ตีพิมพ์

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

การเตรียมต้นฉบับ

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

1.6 เนื้อเรื่องบทความประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับดังนี้ และเพิ่มเติมรายละเอียดต่อไปนี้

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

- **วิธีดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วยหัวข้อและ การอธิบายถึง แบบแผนงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

- **ผลการวิจัย** เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน เสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิเมื่อจำเป็น

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

- **ข้อเสนอแนะ** ในการนำผลการวิจัยไปใช้ และ ประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป

- **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) ระบุผู้ให้ทุนและ ผู้ที่ต้องการแสดงความขอบคุณ 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 ควรใช้เลขอารบิก ทั้งหมด 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 ซึ่งจะใช้ระยะเวลาการพิจารณาประมาณ 4 สัปดาห์ จากนั้นจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบ

4. บทความที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์จะต้องจ่ายค่าตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ตามที่วารสารพยาบาลศาสตร์กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : อธิระพงษ์ ยุพากิจ

✉ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ 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 สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)
☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน
โทรศัพท์ e-mail

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)
.....
.....
.....

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

ค่าสมาชิก 1 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

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

(หมายเหตุ: ท่านสามารถสมัครสมาชิกได้มากกว่า 1 ปี)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

(ตัวอักษร)

และได้ชำระเงินค่าสมาชิกเป็น

☐ เงินสด

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

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

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่ เดือน พ.ศ.....



กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : อีระพงษ์ ยุพากิ่ง

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

รายนามคณาจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ	ทาโต
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา	วัฒนาย
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน	อังสุโรจน์
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี	วิเศษฤทธิ์
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์	สาส์ตย์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร	ธนศิลป์
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ	อ่วมตานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ	พัฒทอง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์	เอื้องกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชานันท์	นันทไทยทวีกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย	ศุภเมธาพร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา	แดงด้อมยุทธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร	อุปเสน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร	สถิตยुทธการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา	ปรีชาวงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา	สุขตระกูล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์	ตรีนัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล	โรจนาวี
อ. ดร.กาญจณี	พันธุ์ไฟโรจน์
อ. ดร.ชลลดา	จงสมจิตต์
อ. ดร.เนตรรัชนี	กมลรัตนานันท์
อ. ดร.ศกุนตลา	อนุเรื่อง
อ. ดร.ศิรินภา	จิตติมณี
อ. ณิชดาทิพย์	วราโภาค
อ. ภาวิณี	ซ้ายกลาง
อ. สีนันท	ดาราช
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา	ประจุศิลป์ (ผอ.ศูนย์บริการวิชาการ)

