

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันและภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง

อมรรัตน์ ปาปะกัง พย.บ.* อภิญญา วงศ์พิริโยธา ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันและภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีรายใหม่ ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 46 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย โปรแกรมพัฒนาตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดรา ประกอบด้วย กิจกรรมลดการกระตุ้นทางอารมณ์ การเห็นแบบอย่าง การลงมือปฏิบัติจริง และการโน้มน้าวทางวาจา ดำเนินกิจกรรมในช่วง 5 สัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบอิสระ การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบแบบฟิชเชอร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ท่อเลื่อนหลุด ท่ออุดตัน และการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมนี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ: การใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน มะเร็งต่อทางเดินน้ำดี

เลขที่จริยธรรมการวิจัย 049-569/2567, RE 083/2567 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 25 เมษายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 13 กุมภาพันธ์ 2569

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล apinya.w@msu.ac.th

Effects of a self-efficacy promotion program on prevention behaviors and clinical complications in patients with cholangiocarcinoma undergoing percutaneous transhepatic biliary drainage

Amornrat Papakang B.N.S.* Apinya Wongpiriyayothar Ph.D.**

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-efficacy promotion program on prevention behaviors and clinical complications in patients with cholangiocarcinoma undergoing percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD). The sample consisted of 46 patients with newly diagnosed cholangiocarcinoma who underwent PTBD and were admitted to the surgical department of Roi Et Hospital. Simple random sampling was used to recruit sample. They were divided into an experimental group and a control group, with 23 patients in each group. The program was developed based on Bandura's Self-Efficacy Theory, comprising emotional arousal reduction, modeling, mastery experiences, and verbal persuasion. The activities were conducted over a five-week period. Data were collected using a complication prevention behavior questionnaire and a complication record form. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, Chi-square test, and Fisher's exact test.

The results revealed that the experimental group had significantly higher complication prevention behavior scores ($p < 0.001$); and significantly lower incidence of complications including dislodgement, obstruction, and infection ($p < 0.05$) compared to the control group. Therefore, the program can be applied in pre-discharge care and home-based care.

keywords: PTBD; self-efficacy theory; complication prevention behavior; complications cholangiocarcinoma

Ethical approval: 049-569/2567, RE 083/2567, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 25 April 2025, Revised 14 June 2025, Accepted 13 February 2026

*A student of master of nursing science program in adult and gerontological nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Corresponding author, E-mail: apinya.w@msu.ac.th

บทนำ

มะเร็งท่อทางเดินน้ำดี (cholangiocarcinoma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคนี้อยู่ในระดับสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบอัตราการป่วยในเพศชาย 19.13 ต่อประชากรแสนคนต่อปี และในเพศหญิง 8.79 ต่อประชากรแสนคนต่อปี ขณะที่อัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้นับถึง 22.00 ต่อประชากรแสนคนต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่น่ากังวลอย่างยิ่ง¹⁻²

ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ หรือมีความเสี่ยงสูงหากต้องเข้ารับการผ่าตัด การรักษาที่เหมาะสมจึงมักเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ด้วยการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง (percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD) เพื่อลดภาวะตัวเหลือง อាកารคัน และความดันภายในท่อทางเดินน้ำดี³

แม้ว่า PTBD จะช่วยลดอาการอุดตันของทางเดินน้ำดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก ได้แก่ ท่อหลุด (พบได้สูงถึง 30.56%) การอุดตันของท่อ (17.12%) และการติดเชื้อที่ท่อทางเดินน้ำดี (19.92%)⁴ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อหลังผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้น เป็น 2.46 เท่า เช่นเดียวกับการอักเสบที่ท่อทางเดินน้ำดีที่เพิ่มสูงขึ้นถึง 6.40 เท่า และยังพบท่อระบายเลื่อนหลุด อุดตัน เกิดการรั่วซึมของน้ำดีที่เพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.76 เท่า เช่นกัน⁵ และพบการเข้ารับรักษาซ้ำเกิดขึ้นภายใน 30 วัน⁶ ข้อมูลจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2566 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่เข้ารับการผ่าตัด PTBD มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำก่อนถึงวันนัดหมายค่อนข้างสูง โดยเฉพาะจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว⁷

การเกิดภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนังที่ไม่เหมาะสมหลังกลับบ้าน ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถจดจำขั้นตอนการดูแลได้อย่างถูกต้อง ไม่ได้รับโอกาสในการฝึกทักษะการดูแลท่อระบาย และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ทั้งที่การดูแลท่อระบายเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁸

การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด PTBD มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง อาจเกิดจากการที่ได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนังไม่เพียงพอและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษาความต้องการในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีหลังผ่าตัด PTBD พบว่า ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนังก่อนกลับบ้านไม่เพียงพอ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มาสอนให้ความรู้เรื่องในวันจำหน่าย เรื่องการเทน้ำดี การบันทึกน้ำดี การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น น้ำดีไม่ไหล สีน้ำดีเปลี่ยนไป มีสายเลื่อนหลุด เมื่อแผลซึมให้ไปทำแผลและรับการรักษาที่สถานบริการใกล้บ้าน หากมีไข้ หนาวสั่น ปวดแน่นท้องมาก ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ ทำให้จำวิธีการปฏิบัติไม่ได้ และไม่ได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้ป่วยจึงต้องการความมั่นใจในการดูแลตนเอง และดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ เพราะกลับไปบ้านไม่มีแพทย์หรือพยาบาลคอยดูแล ผู้ป่วยจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง ต้องการทราบภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ต้องการฝึกทักษะในการปฏิบัติ และสาธิตย้อนกลับให้พยาบาลดูว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อให้เกิดความมั่นใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน⁹

จากปรากฏการณ์ดังกล่าว ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีรายใหม่หลังผ่าตัดใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง ไม่ได้รับการสอนฝึกทักษะในการดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดีก่อนกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่มี

ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดี ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ท่อระบายทางเดินน้ำดีเลื่อนหลุด อุดตัน หรือการติดเชื้อที่ท่อทางเดินน้ำดีตามมาได้ ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของ Bandura¹⁰ ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะเรียนรู้ สะสมทักษะ และความเข้าใจหรือประสบการณ์ตรง มีแรงจูงใจในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยมะเร็ง¹¹ และพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็ง¹² ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ตามภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่ง Bandura¹⁰ ได้กำหนดแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 วิธี ได้แก่ การลดความวิตกกังวลทางอารมณ์ การเห็นแบบอย่างที่ดี การให้ลงมือทำด้วยตนเองและการโน้มน้าวทางวาจา¹⁰ การนำทฤษฎีนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน¹³⁻¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ออกแบบเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด PTBD ทั้งที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเลื่อนหลุด การอุดตันของท่อระบาย และการติดเชื้อในท่อทางเดินน้ำดีลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง โดยผ่านวิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 วิธี ดังนี้ 1) การลดการกระตุ้นเร้าอารมณ์: ให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น: ชมวิดีโอทัศน์ต้นแบบการดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดี 3) การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ: ผู้ป่วยฝึกทักษะและสาธิตย้อนกลับการดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดี และ 4) การโน้มน้าวด้วยวาจา: ผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ไม่เกิดหรือลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน งานวิจัยนี้จะมีส่วนช่วยในการวางแผนทางการดูแลต่อเนื่องทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชนได้อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการทดลอง

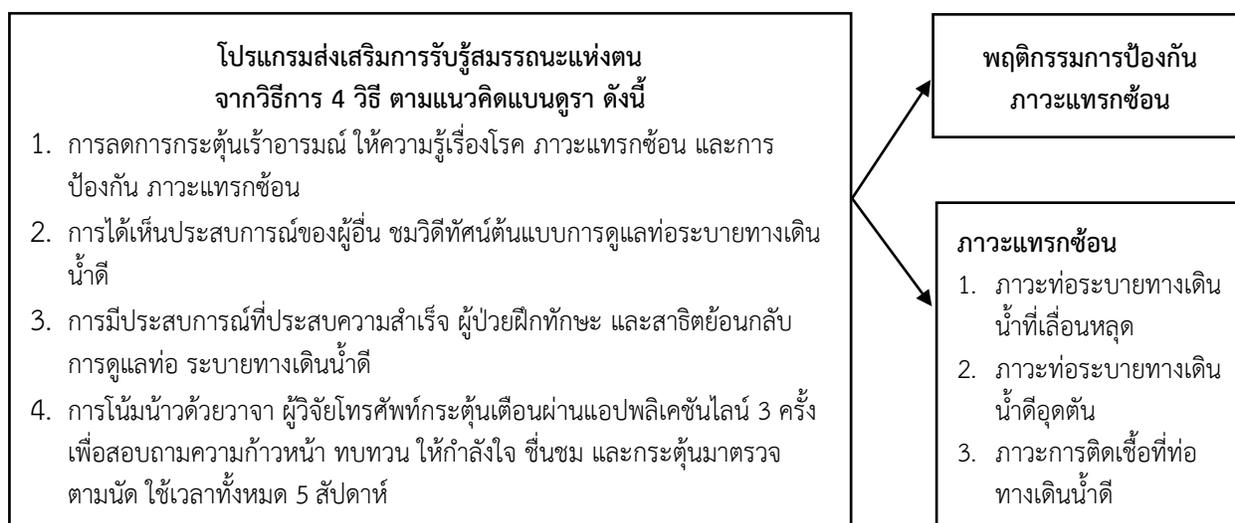
สมมุติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีสัดส่วนของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของ Bandura¹⁰ ที่เชื่อว่า บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะทำตามสิ่งที่รู้ให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เป็นกรอบในการ พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมี 4 วิธีการ ได้แก่ 1) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์: ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายก่อนเรียนรู้ 2) การเห็นแบบอย่าง: ให้ผู้ป่วยดูวิดีโอทัศน์ต้นแบบการดูแลตนเอง 3) การมี ประสบการณ์สำเร็จ: ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ 4) การโน้มน้าวทางวาจา: ทีมวิจัยติดตามและ ให้กำลังใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยโปรแกรมหักกล่าว มุ่งเสริมสร้างความเชื่อมั่นและทักษะของผู้ป่วยใน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตัวแปรตาม ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน 2) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลัง (ท่อเลื่อนหลุด ท่ออุดตัน และติดเชื้ที่ท่อทางเดินน้ำดี) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล ตามแนวทางปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิด ของ Bandura¹⁰ โดยมีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 5 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีและได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง (PTBD) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนังเป็นครั้งแรกและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือก โดยใช้วิธีการสุ่มเลือกบุคคลเข้าร่วมวิจัยจากตารางเลขสุ่ม และสุ่มลำดับที่ของการรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไว้ล่วงหน้าจากรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ เพื่อจัดกลุ่มเข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) เพศชายหรือหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีและได้รับการผ่าตัด PTBD 3) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 4) อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ 5) เป็นผู้สูงอายุ ต้องมีคะแนนการประเมินสภาพสมองเบื้องต้น MMSE-Thai > 3 คะแนน 6) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็น หรือความบกพร่องของมือ 7) หลังผ่าตัด 1 วัน ต้องมีระดับความเจ็บปวดไม่เกิน 3 จาก 10 คะแนน 8) เจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีผลต่อการตัดสินใจหรือการปฏิบัติกิจกรรม และ 9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อยู่ในภาวะวิกฤต หรือมีปัญหาทางจิตเวชระหว่างดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การถอนตัว มีดังนี้ 1) ไม่สมัครใจอยู่ในงานวิจัยหรือขอถอนตัวกลางคัน 2) แพทย์ส่งส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น และ 3) มีอาการแทรกซ้อนทางจิต เช่น สับสน พุดจาไม่รู้เรื่อง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*power โดยใช้การทดสอบ t-test แบบ independent one-tailed, กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรของ Cohen=0.80, ค่า alpha=0.05, power=0.80 ได้จำนวนที่เหมาะสมกลุ่มละ 21 คน รวม 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มอีกร้อยละ 5 รวมกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ: อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ประวัติการดื่มสุรา การรับประทานปลาดิบ และประวัติโรคตับ 2) แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน: สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม⁸ ประกอบด้วย 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การป้องกันการเลื่อนหลุด (4 ข้อ) การป้องกันการอุดตัน (7 ข้อ) การป้องกันการติดเชื้อ (9 ข้อ) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน คือ “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ถึง 5 คะแนน คือ “ปฏิบัติเป็นประจำตัวอย่างคำถาม เช่น เวลาเปลี่ยนท่าทาง ทำนระมัดระวังไม่ให้ท่อระบายดิ่งรั้ง หรือเกี่ยวกับสิ่งรอบตัว มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนรายข้อ รายด้าน และรายรวมเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 และระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00) 3) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน: ใช้ประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน 3 ประเภท ได้แก่ ท่อเลื่อนหลุด ท่ออุดตัน และการติดเชื้อ เป็นคำถามปลายปิด (มี/ไม่มี) ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่อระบายหลุดออกมาด้านนอกทั้งหมด

2. เครื่องมือสำหรับการดำเนินโปรแกรม ประกอบด้วย 1) คู่มือพยาบาล: สำหรับดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 2) คู่มือผู้ป่วย: ให้ความรู้และวิธีดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง 3) วิดีทัศน์ตัวแบบ: ผู้ป่วยต้นแบบที่ดูแลท่ออย่างถูกต้อง 4) แบบฝึกหัดท้ายบทเป็นคำถามปลายปิด (ถูก/ผิด) ตัวอย่างคำถาม เช่น มะเร็งท่อน้ำดีเกิดในตับเท่านั้น แบบสังเกตการฝึกทักษะ เป็นการสังเกตการปฏิบัติตามแบบฝึก (ปฏิบัติได้/ปฏิบัติไม่ได้) ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การทำความสะอาดบริเวณรูเปิดของถุงรองรับน้ำดีด้วย 70% แอลกอฮอล์ก่อนและหลังการเทน้ำดีออกจากถุง และแบบประเมินความมั่นใจของผู้ป่วย เป็นคำถามปลายปิด (มั่นใจ/ไม่มั่นใจ) ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลไม่ให้แผลเปียกน้ำหรือสกปรกได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (instrument validation and reliability)

เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและใช้ได้จริงในทางคลินิก ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งด้านความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่น ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามและแบบประเมินทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า content validity index (CVI)=1.00 ในทุกรายการ ซึ่งแสดงถึงความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวัด

2. การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวม เท่ากับ 0.86 และรายด้าน การเลื่อนหลุด การอุดตัน การติดเชื้อ เท่ากับ 0.82, 0.81 และ 0.87 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินที่ภาวะแทรกซ้อนผู้วิจัยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ร่วมกันสังเกตและบันทึกภาวะแทรกซ้อน พบว่า สังเกตได้ตรงกันทุกข้อ ได้ค่าความเที่ยงจากการสังเกต (inter-rater reliability) เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน พ.ศ.2567 โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุม ในช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ.2567

ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง ในช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน พ.ศ.2567 หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมและผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้เข้าพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อร่วมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มไว้ล่วงหน้า แล้วดำเนินการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ป่วยโดยใช้แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ จากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนด 5 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมาตรวจตามนัด ผู้ช่วยวิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่วงหลังจำหน่าย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (implementation procedures) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ การแนะนำเกี่ยวกับการระบายและบันทึกปริมาณน้ำดี การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ท่อน้ำดีเลื่อนหลุดหรืออุดตัน อาการแทรกซ้อน และการให้คำแนะนำให้มาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติก่อนวันนัด กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้

สมรรถนะแห่งตน ซึ่งออกแบบตามแนวคิดของ Bandura¹⁰ โดยดำเนินกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การจัดกิจกรรมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่มติดำเนินงานที่เดิม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

วันที่ 1 หลังผ่าตัด ผีกการหายใจอ่อนคลาย (ลดการกระตุ้นเร้าอารมณ์) และรับความรู้เรื่องโรคภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบฝึกหัดท้ายบทเพื่อทบทวนความรู้ ใช้เวลา 45 นาที

วันที่ 2 ชมวิดีโอทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบที่ดูแลที่อธิบายอย่างถูกต้อง หลังดูจบให้ผู้ป่วยทำแบบฝึกหัดท้ายบท และทำแบบประเมินความมั่นใจการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง ใช้เวลา 20 นาที

วันที่ 3 ฝึกปฏิบัติจริงและสาธิตย้อนกลับโดยผู้ป่วย ผู้วิจัยสังเกตการฝึกทักษะของผู้ป่วยตามแบบสังเกตการฝึกทักษะ เมื่อผู้ป่วยลืมขั้นตอน ผู้วิจัยสอนและสาธิตซ้ำ จนกว่าผู้ป่วยจะทำได้ จากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความมั่นใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนังใช้เวลา 40 นาที

สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 5 ดำเนินกิจกรรมการโน้มน้าวทางวาจาผ่านการติดตามทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามพฤติกรรม ให้คำแนะนำ ชื่นชม และกระตุ้นการปฏิบัติต่อเนื่อง ใช้เวลา 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ IBM SPSS statistics version 29 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคามในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test เพื่อทดสอบข้อตั้งเบื้องต้นของการใช้สถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลได้มาจากการสุ่ม และมีระดับการวัดเป็นมาตราอันตรภาคหรือมาตราอัตราส่วน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลการเจ็บป่วย และสัดส่วนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติทดสอบ Chi-square และ Fisher's exact test
4. เปรียบเทียบแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ใช้สถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก 2 สถาบัน ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่ 049-569/2567) เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2567 และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (เลขที่ RE 083/2567) เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567 ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยได้รับการชี้แจงโดยละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ผู้ป่วยทุกคนได้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (informed consent form) อย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม

ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และใช้เฉพาะเพื่อการวิเคราะห์เชิงวิชาการเท่านั้น โดยรายงานผล ในลักษณะข้อมูลรวมไม่มีการเปิดเผยตัวตน

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด PTBD สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.87 เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 86.96 ($\bar{X}=72.32$, $SD=10.02$) เคยดื่มสุรา ร้อยละ 30.43 และยังดื่มสุรา ร้อยละ 19.57 รับประทานปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 47.83 และรับประทานบ่อยครั้ง ร้อยละ 13.04 เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ระหว่าง 1-2 เดือน ร้อยละ 58.70 น้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 32.60 และมากกว่า 2 เดือน ร้อยละ 8.70 ผู้วิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X}=3.37$, $SD=0.31$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ใน ระดับมาก ดังนี้ ด้านการป้องกันการเลื่อนหลุด ($\bar{X}=3.36$, $SD=0.53$) ด้านการป้องกันการอุดตัน ($\bar{X}=3.17$, $SD=0.48$) และด้านการป้องกันการติดเชื้อเท่ากับ ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.44$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X}=4.47$, $SD=0.12$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรายด้าน ทั้ง 3 ด้าน อยู่ใน ระดับมาก ดังนี้ ด้านการป้องกันการเลื่อนหลุด ($\bar{X}=4.54$, $SD=0.37$) คะแนนเฉลี่ยด้านการป้องกันการอุดตัน ($\bar{X}=4.42$, $SD=0.23$) และคะแนนเฉลี่ย ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ($\bar{X}=4.48$, $SD=0.19$)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการเลื่อนหลุดด้านการอุดตัน และด้านการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (n=23) และกลุ่มทดลอง (n=23)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		ค่าสถิติ t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวม	3.37	.31	4.47	.12	5.49*	0.01
- ด้านการเลื่อนหลุด	3.36	.53	4.54	.37	4.89*	0.01

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุม (n=23) และกลุ่มทดลอง (n=23) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		ค่าสถิติ t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
- ด้านการอดทน	3.17	.48	4.42	.23	2.09*	0.02
- ด้านการติดเชื้อ	3.52	.44	4.48	.19	2.01*	0.02

*p<0.05

เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากท่อทางเดินน้ำดี เลื่อนหลุด ร้อยละ 52.17 ท่อทางเดินน้ำดีอุดตัน ร้อยละ 30.43 และมีการติดเชื้อที่ท่อทางเดินน้ำดี ร้อยละ 4.35 ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่า ร้อยละ 100 ไม่มีอุบัติการณ์การเกิดท่อทางเดินน้ำดีเลื่อนหลุด ท่อทางเดินน้ำดีอุดตัน และมีการติดเชื้อที่ท่อทางเดินน้ำดี

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากท่อทางเดินน้ำดีเลื่อนหลุด มีท่อทางเดินน้ำดีอุดตัน และมีการติดเชื้อที่ท่อทางเดินน้ำดีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบสัดส่วนภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม (n=23) และกลุ่มทดลอง (n=23)

ภาวะแทรกซ้อน	หลังการทดลอง				ค่าสถิติ	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- ท่อทางเดินน้ำดีเลื่อนหลุด					16.24 ^{a*}	0.01
มี	12	52.17	0	0		
ไม่มี	11	47.83	23	100		
- ท่อทางเดินน้ำดีอุดตัน					8.67 ^{a*}	0.03
มี	7	30.43	0	0		
ไม่มี	16	69.57	23	100		
- ท่อทางเดินน้ำดีติดเชื้อ					6.09 ^{b*}	0.03
มี	1	4.35	0	0		
ไม่มี	22	95.65	23	100		

*p<0.05 a=Chi-square test, b=Fisher's exact test

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ และผลการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ

จากข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยผู้สูงอายุ มีอาชีพเกษตรกร มีประวัติดื่มสุรา และรับประทานปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ สามารถอภิปรายดังนี้ มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า เพศชายกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป และมีพฤติกรรมรับประทานปลาดิบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ในผู้ที่มีอายุมากเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากมีการรับประทานปลาดิบเป็นเวลานานทำให้มีการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดีเรื้อรังและพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดี¹⁶ ในผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร มีความเกี่ยวข้องกับการใช้แหล่งน้ำธรรมชาติในการหาปลาและบริโภคปลาดิบเป็นประจำ มีอัตราการติดเชื้อพยาธิสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ส่งผลให้มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูง¹⁷ ส่วนการดื่มสุรา ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงออกฮอลที่เป็นสารพิษชื่อว่า “อะเซตัลดีไฮด์” ที่ทำลาย DNA ของเซลล์ และกระตุ้นให้เกิดการอักเสบเรื้อรังและกลายเป็นมะเร็ง¹⁸

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านการป้องกันการเลื่อนหลุด การอุดต้น และการติดเชื้อ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในทางที่เหมาะสม อภิปรายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้โดยแนวคิดของ Bandura¹⁰ ที่กล่าวว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติและคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยที่ต้องดูแลตนเองในภาวะที่มีความซับซ้อน เช่น การดูแลท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง โดยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผ่านวิธีการ 4 วิธี ในโปรแกรม ได้แก่ 1) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การเห็นแบบอย่าง 3) การฝึกปฏิบัติจริง และ 4) การโน้มน้าวทางวาจามีส่วนช่วยเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมดูแลอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ มีงานวิจัยของ Sripukdee และคณะ¹³ ที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและงานวิจัยของ Panyakom และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การฝึกทักษะและการสนับสนุนต่อเนื่องช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลแผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีสัดส่วนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ท่อหลุด ท่ออุดต้น และการติดเชื้อ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นจากโปรแกรมส่งผลโดยตรงต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน อภิปรายได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในกลุ่มควบคุมอาจเป็นผลจากการขาดความเข้าใจในวิธีการดูแลตนเอง ขาดทักษะในการเปลี่ยนแผล การจัดเก็บน้ำดี หรือการล้างมืออย่างถูกต้อง ขณะที่กลุ่มทดลองมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จนมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง มีงานงานวิจัยที่สนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้ โดย Jiang et al¹⁹ พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลท่อระบายที่เหมาะสม

เกิดความมั่นใจในการดูแลที่ระบาย สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และงานวิจัยของ Huang et al¹⁵ พบว่าการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด PTBD อย่างต่อเนื่อง การให้ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีรายงานวิจัยของ Yu et al⁴ ที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด PTBD เกิดจากการดูแลไม่เหมาะสม เช่น ท่อเลื่อนหลุด อุดตัน และติดเชื้อที่ท่อทางเดินน้ำดี ซึ่งแตกต่างจากวิจัยครั้งนี้ ได้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยผ่านการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและทำให้ไม่เกิดท่อเลื่อนหลุด อุดตัน และติดเชื้อที่ท่อทางเดินน้ำดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะนำผลการวิจัยไปใช้ต่อไป 3 ด้าน คือ ด้านเชิงวิชาการ เชิงปฏิบัติการ และด้านการทำวิจัย ดังนี้

1. ด้านเชิงวิชาการ

1.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ครอบคลุมการดูแลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมะเร็ง เช่น การควบคุมอาการ การรับประทานอาหาร การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

1.2 ควรส่งเสริมให้พยาบาลใช้แนวคิด self-efficacy เป็นฐานในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย

2. ด้านเชิงปฏิบัติการ

2.2 โรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) โดยฝึกสอนผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และติดตามผลผ่านระบบโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันออนไลน์

2.3 ควรจัดอบรมพยาบาลให้มีทักษะในการใช้สื่อ วัสดุทัศน และการเสริมพลังผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

3. ด้านการทำวิจัย

3.1 ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว (3-6 เดือน) เพื่อดูผลต่อคุณภาพชีวิตและการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

3.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมนี้ ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนหรือกลุ่มญาติที่เป็นผู้ดูแล เพื่อขยายขอบเขตการใช้ประโยชน์ของโปรแกรม

ข้อจำกัดของการวิจัย

ระยะเวลาการศึกษาสั้นเกินไป อาจไม่เพียงพอที่จะเห็นผลกระทบระยะยาว

References

1. World Health Organization. Liver cancer fact sheet: GLOBOCAN 2022 [Internet]. [cited 2024

- Nov 10]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/11-Liver-fact-sheet.pdf>
2. Cholangiocarcinoma Research Institute. Cholangiocarcinoma in Thailand [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 10]. Available from: <https://cascap.kku.ac.th/> (in Thai)
 3. Khan S, Rushbrook S, Kendall T, Zen Y, Albazaz R, Manoharan P, et al. Cholangiocarcinoma [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://ammf.org.uk/cholangiocarcinoma/>
 4. Yu H, Park J, Jung G, Seo K, Park H, Yun J. Predictive factors for symptomatic dislodgement of percutaneous transhepatic biliary drainage catheter in patients with malignant biliary obstruction. *J Korean Soc Radiol* 2023;84:1350-1360. doi:10.3348/jksr.2023.0063.
 5. Chen X, Wei X, Yue L, Xiao Y. Efficacy and safety of preoperative biliary drainage in patients with hilar cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* 2025;111(5):3543-3560. doi:10.1097/JS9.0000000000002324.
 6. Wang D, Chang P, Tintara S, Chang F, Phan J. Comparative analysis of ERCP and PTBD for biliary interventions for readmission rates and patient outcomes. *J Clin Gastroenterol* 2024. doi:10.1097/MCG.0000000000002074.
 7. Roi Et Hospital Information Center. Statistics of patients with biliary tract cancer. Roi Et Hospital; 2023. (in Thai)
 8. Rattanakanlaya K, Vuttanon N, Noppakun L, Sangwattanasat W, Boonyu N. Transition experience of liver cancer and cholangiocarcinoma patients after receiving first invasive percutaneous transhepatic biliary drainage. *Nurs J* 2022;49(1):290-301. (in Thai)
 9. Rattanakanlaya K, Vuttanon N, Noppakun L, Sangwattanasat W, Boonyu N. Hospital discharge needs: perspectives of patients with liver and bile duct cancer undergoing invasive percutaneous transhepatic biliary drainage and family caregivers. *Nurs J* 2021;48(3):260-273. (in Thai)
 10. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
 11. Puspitasari AW, Kristina SA, Farrukh MJ. The association among adherence, self-efficacy and health-related quality of life in cancer patients with oral chemotherapy in Indonesia. *Pharm Pract (Granada)* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 8];23(1):3107. Available from: <https://www.pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/3107>
 12. Tu H, Zhang L, Xu M, Zhao Z, Han J, Yan L. The mediating effect of self-efficacy on social support and cancer screening behavior among Chinese women: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* 2024; 24(1):454. doi:10.1186/s12905-024-03296-5.

13. Sripukdee S, Somjaivong B, Tipunya A. Effects of postoperative recovery program on self-efficacy, quality of postoperative recovery, and postoperative complications among patients with cholangiocarcinoma. *J Nurs Sci Health* 2022;45(2):78-92. (in Thai)
14. Panyakom S, Chensirimongkol J. The effects of a digital media-based self-efficacy promotion program post-discharge on the self-care behaviors of colorectal cancer patients with ostomies. *Thai Red Cross Nurs J* 2024;17(3):105-20. (in Thai)
15. Huang YL, Lin MC, Wang BY. Efficacy and safety analysis of continued nursing of complications in discharged patients after percutaneous transhepatic biliary drainage. *World J Clin Cases* 2024;12(19):3898-907. doi:10.12998/wjcc.v12.i19.3898.
16. Prasopdee S, Rojthongpond T, Chitkoolsamphan Y, Pholhelm M, Yusuk S, Pattaraarchachai J, et al. Update on the risk factors for opisthorchiasis and cholangiocarcinoma in Thailand. *Parasites Hosts Dis* 2023;61(4):463-70. doi:10.3347/PHD.23032. (in Thai)
17. Prakobwong S, Suwannatrai K. Reduction of reinfection rates with *Opisthorchis viverrini* through a three-year management program in endemic areas of northeastern Thailand. *Parasites Hosts Dis* 2020;58(5):527-35. Available from: <https://www.parahostdis.org/journal/view.php?doi=10.3347/kjp.2020.58.5.527>
18. Taniai M. Alcohol and hepatocarcinogenesis. *Clin Mol Hepatol* 2020;26:736-46. doi:10.3350/cmh.2020.0203.
19. Ji Jiang H, Jiang G. Effect of a preventive nursing model on postoperative nursing and complications after PTBD in hepatobiliary surgery. *Int J Clin Exp Med* 2020;13(2):644-53.