

บทวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง

เพ็ญศรี รักวงศ์*

กรแก้ว สุขวานิชย์เจริญ** จริยา เรือนวาทิ***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งเผชิญความทุกข์ทรมานในหลากหลายมิติโดยเฉพาะทางร่างกายและผลกระทบทางด้านจิตใจที่จะนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง 2) ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ศึกษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึง เมษายน พ.ศ. 2560 ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 26 คน และผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 290 คน เก็บข้อมูลด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ 9-Thai การสนทนาตามธรรมชาติ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา แนวปฏิบัติการพยาบาลได้รับการพัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยและนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง 290 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งพบปัจจัยเสี่ยง 8.28 % ปัจจัยเสี่ยงที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การมีความพร้อมของอวัยวะ การมีพยาธิสภาพเลวลงอย่างรวดเร็ว และการมีการพยากรณ์โรคไม่ดี ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดได้รับการดูแลตามแนวทางร้อยละ 100 และไม่พบผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยสรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ช่วยในการค้นหากลุ่มเสี่ยงและนำเข้าสู่กระบวนการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล/ ผู้ป่วยมะเร็ง/ การฆ่าตัวตาย

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

E-mail: pensri33@yahoo.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Suicide Prevention for Cancer Patients

Pensri Rukwong*

Kronkaew Sukavanitcharoen** Chariya Rianwathi***

Abstract

Cancer patients face multiple dimensions of suffering, grave physical symptoms and psychological distress, contributing to suicide. The research objective was to 1) develop a nursing practice guideline (CNPG) to prevent suicide in cancer patients, and 2) study the effect of this CNPG on the prevention of suicide. An action research approach was used in the Cancer Nursing Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, during May 2016 – April 2017. Key informants were 26 nurses who cared for 290 cancer patients. Data was collected using a cancer patient characteristic record form, a cancer patient's suicidal risk evaluation form, PHQ 9-Thai, dialogue, participant/ non - participation observation and document analysis. Data was represented using mean, standard deviation, number, percent, and content analysis. The CNPG was developed through the research process and implemented with 290 cancer patients. The result revealed that 1) There are 8.28 percent of cancer patients exhibited suicidal risk. 2) The top three risk factors for suicide were organ deficit, rapid pathological decreased, and poor prognosis, respectively. All cancer patients who were at risk had carefully consistent with the CNPG (100%), and there were no successful suicides. In conclusion, the CNPG helped to screen suicide risk of patients and promoted proper care to prevent suicide.

Keywords: Clinical nursing practice guideline/ Cancer patients/ Suicide

Article info: Received October 6, 2020; Revised December 12, 2020; Accepted December 30, 2020.

* Corresponding Author, Registered Nurse (Senior Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

** Registered Nurse (Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

*** Registered Nurse (Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี ค.ศ. 2018 องค์การอนามัยโลก ระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านราย เสียชีวิตสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง 9.6 ล้านราย^{1,2} และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 22 ล้านรายหรือคิดเป็นร้อยละ 70 ในช่วงอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า³ สำหรับประเทศไทยสถานการณ์โรคมะเร็งยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นดังข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วง พ.ศ. 2555-2558 ที่พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งของประชากรไทย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จาก 137.61 ต่อแสนประชากร เป็น 139.00 ต่อแสนประชากร รวมทั้งพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 112,392 คน ไปเป็น 126,555 คน⁴ ปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีเทคโนโลยีการรักษาวิธีการใหม่ ๆ และมีประสิทธิภาพ⁵ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงและเป็นแหล่งความเครียดที่สำคัญที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และเศรษฐกิจ⁶ ผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และมีความเครียด⁷ มีผู้ป่วยมะเร็งมากถึงร้อยละ 25 เกิดภาวะเครียดระดับรุนแรง⁸ ถ้าความเครียดเหล่านี้ถูกจัดการได้ไม่ดีก็จะมีโอกาสนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด^{8,9,10} ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเหล่านี้จะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าในประชากรทั่วไป^{8,11,12,13,14}

จากสถิติของการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยในโดยรวม 8,292 คน และ 11,160 คน ตามลำดับ จากการสังเกตผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหา นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซึมเศร้า เสียใจ โทษตัวเองและโทษโชคชะตา คิดมาก บางคนบ่นอยากตายให้พ้นจากความทุกข์ทรมานและพบประวัติเคยคิดทำร้ายตนเอง จากข้อมูลของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ถึงแม้ว่าจะไม่มีสถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ก็พบสัญญาณที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ในขณะเดียวกันก็ยังขาดแนวทางการเฝ้าระวังหรือคัดกรองปัญหานี้ที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งอย่างเป็นรูปธรรม

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวม โดยเฉพาะมิติทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถค้นหา ประเมิน และส่งต่อการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง พยาบาลจึงเป็นผู้ที่จะช่วยให้มีการค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายตั้งแต่ในระยะแรก ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ทันทีที่จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย

โรคมะเร็งลงได้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งตามแนวคิดของ เคมีส และแม็คแท็กการ์ด ที่พัฒนาแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผนงาน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อให้ได้แนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน¹⁵ ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งแนวปฏิบัติที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งต่อผลลัพธ์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง ทำการศึกษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 – เมษายน พ.ศ. 2560

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คัดเลือกโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 26 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้

- เป็นบุคลากรพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

- มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมากกว่า หรือเท่ากับ 1 ปีขึ้นไป

- ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

2. ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนจำนวน 290 คน ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อทดสอบคุณภาพของการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเข้ารับการรักษาระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึง เมษายน พ.ศ. 2560 มีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งทุกระยะของโรค

- อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป

- ฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้

- ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร

$$n = P (1-P) Z^2 / e^2$$

$$P = 0.2524^{16}$$

$$Z = 1.96 \text{ (ต้องการความเชื่อมั่น 95\%)}$$

$E = 0.05$ (ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5%)

แทนค่า $n = 0.2524 \frac{(1-0.2524)}{(1.96)^2 / (0.05)^2}$

$n = 289.96$

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงเก็บขนาดตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 290 คน

การเก็บข้อมูลวิจัย

การเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกวิธีเก็บข้อมูลหลายแบบ ได้แก่ การสนทนาตามธรรมชาติ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม แบบสอบถาม และการวิเคราะห์เอกสาร รายละเอียดแต่ละวิธีการเก็บข้อมูลมีดังนี้

การสนทนาตามธรรมชาติ

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลและพัฒนาสัมพันธภาพที่ดี สร้างความเชื่อถือไว้วางใจ¹⁷ ลดความแปลกแยกในการเข้าไปในบริบทที่ศึกษา โดยมีเป้าหมายส่วนหนึ่งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกไม่ถูกคุกคามเมื่อถูกขอร้องให้พูดหรือแสดงความคิดเห็น เป้าหมายอีกส่วนหนึ่ง คือ การตรวจสอบตีความ การให้ความหมายของสิ่งของหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยมองเห็น

แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งและแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ 9-Thai รายละเอียด ดังนี้

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การวินิจฉัย การรักษา

แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย ความเสี่ยงจากประวัติทางการแพทย์ 5 ข้อและความเสี่ยงจากประวัติผู้ป่วย 7 ข้อรวมทั้งรวม 12 ข้อ ข้อคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในกรณีพบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ปัจจัยถือว่าผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องได้รับประเมินเพิ่มเติม

แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ 9-Thai

เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มเสี่ยงแบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV ที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และถูกนำมาปรับใช้ในกลุ่มคนไทยโดยมานิซ หล่อตระกูล และคณะ¹⁸ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ในการประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นแบบลิเคิตมาตราส่วน 4 ระดับ (4-rating Likert Scale) จาก ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน/ ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และเกือบทุกวัน (3 คะแนน) แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ซึ่งถูกนำไปให้ความหมายเป็น 2 ระดับ คือ คะแนนรวมที่น้อยกว่า 9 หมายถึงอาการปกติ

คะแนนรวมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 หมายถึงมีอาการซึมเศร้า ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับ Thai Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ($r = .56, p < .001$) และตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.799¹⁹ ในการศึกษาเมื่อ นำแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ-9-Thai ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 10 รายได้ค่า Internal consistency reliability 0.799 ซึ่งถือว่าเครื่องมือนี้มีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพ²⁰

การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสังเกตผู้เข้าร่วมการศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ ในบริบทที่ศึกษาโดยเริ่มจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นแล้วจึงใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย สามารถใช้การเป็นคนที่เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและตรวจสอบข้อมูลได้¹⁷ ในศึกษานี้ นำการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่มเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เช่น การสังเกตการณ์ ปฏิสัมพันธ์ การแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วน

ร่วมมาสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ระบุไว้ว่ามีการปฏิบัติสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่วางแนวทางไว้

การวิเคราะห์เอกสาร

เอกสารที่นำมาใช้ในการศึกษาเพื่อพัฒนาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ครั้งนี้ประกอบด้วย นโยบายที่เกี่ยวข้องทั้งนโยบายในระดับชาติและระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ รวมทั้งเอกสารอื่น ๆ ได้แก่ แนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่สามารถให้ข้อมูลในเชิงนโยบายของพื้นที่ หน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงผลการดำเนินงานที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาช่วยในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งให้มีความชัดเจนมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 - เมษายน พ.ศ. 2560 วิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 วงรอบ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนงาน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) รายละเอียดดังนี้ วงรอบที่ 1 การพัฒนาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ดำเนินการตั้งแต่ พฤษภาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ วิธีการประกอบด้วย การสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ คือ การกำหนดปัญหาทางการปฏิบัติ การสืบค้นหลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศ การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง การยกร่างแนวปฏิบัติ และการใช้แนวปฏิบัติ ผลการดำเนินงานพบว่า ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่สะท้อนกระบวนการพยาบาล ที่สำคัญคือการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง แต่ยังพบประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ ความเข้าใจของบุคลากร ความครอบคลุม และความเชื่อถือได้ วงรอบที่ 2 ทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ แล้วลงสู่ปฏิบัติอีกครั้งดำเนินการตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2560 - เมษายน พ.ศ. 2560 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ความครอบคลุม และความเชื่อถือได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และความเข้าใจของบุคลากรวิธีการ ประกอบด้วย การ

สืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เพิ่มเติม การส่งแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา และการประชุมทำความเข้าใจกับบุคลากรจนกระทั่งได้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่มีประสิทธิภาพ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากรทางการพยาบาลทุกคนมีความเข้าใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พร้อมนำลงปฏิบัติเพื่อประเมินประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในกิจกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาด้วยเทคนิคโคไลซี²¹

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในเรื่องจริยธรรมในการวิจัย การศึกษาขึ้นโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล (Ethic code no. 036/2016) มีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดกระบวนการศึกษา

ผลการศึกษา

บริบทของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 2 หอผู้ป่วยให้บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งทางด้าน ศัลยกรรม อายุรกรรม และนรีเวชกรรมทุกชนิด

ที่ให้การรักษาด้วยเคมีบำบัด ทั้งทางหลอดเลือดดำ และ Port A Cath รวมทั้งรังสีรักษา (สามัญ 64 เตียง, พิเศษ 12 เตียง) งานบริการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งแบบไปกลับ (Day care) รับผู้ป่วย มะเร็งทั้งเพศหญิงและเพศชาย ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทั้งทางหลอดเลือดดำ และ Port A Cath มีเตียง ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย เตียงให้เคมีบำบัดทั่วไปทั้งสิ้น 15 เตียง และเตียงสำหรับให้เคมีบำบัดในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิกิริยา ภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) 4 เตียง

งานรังสีรักษา รับผู้ป่วยมะเร็งทั้ง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการฉายแสงด้วย เทคนิคการรักษาขั้นสูง และใส่แร่ ไอริเดียม (Ir-192) ในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช รวมทั้งการ ให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (TACE) โดย รังสีแพทย์ (Intervention Radiologist) พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งมีจำนวน 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (95.83%) อายุเฉลี่ย 34.92 ปี (RANGE 24-55 ปี), S.D. = 10.35) ประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยมะเร็ง เฉลี่ย 5.90 ปี (RANGE 1-31ปี), S.D. = 5.59)

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง

- วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง
 - แนวทางการดูแลไม่ชัดเจน
 - เครื่องมือคัดกรองไม่ไวต่อกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง
- พัฒนาแนวปฏิบัติผ่านกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- ร่างแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

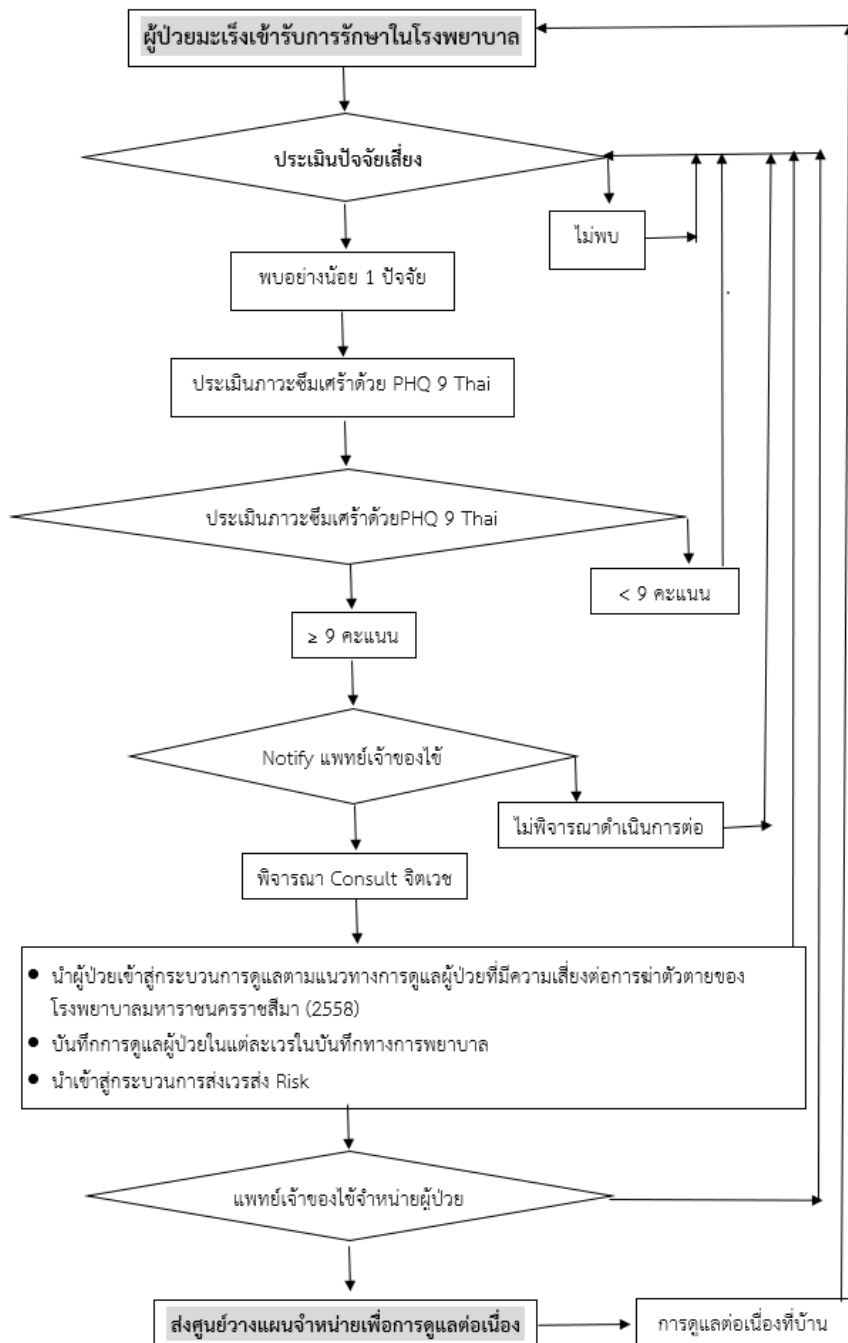
- ทบทวนแนวปฏิบัติผ่านกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- ส่งแนวปฏิบัติตรวจสอบความเชื่อถือได้
- ออกแบบการทดสอบประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติไปใช้
- ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ
- ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับเครื่องมือบันทึก



ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เกิดขึ้น 2 วงรอบ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนงาน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผล การปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) จนกระทั่งได้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สำหรับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สรุปได้ดังนี้ ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายเมื่อเข้ารับการรักษาจะได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีพบปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปัจจัยขึ้นไป

ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ 9-Thai กรณีพบคะแนน ≥ 9 คะแนน พยาบาลจะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชให้เข้าสู่กระบวนการรักษา และดูแลตามแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย กรณีผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 สรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยมีแรงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย มะเร็ง

สิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง คือ การคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง^{22,23} เพื่อให้ค้นพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นให้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและฆ่าตัวตายในที่สุด การศึกษาวิจัยพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายขึ้นจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง พบประเด็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 2 ด้าน ดังนี้

1) ความเสี่ยงจากประวัติทางการแพทย์

- มีความพร้อมของการทำงานของอวัยวะ เช่น การควบคุมอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ อัมพฤกษ์ อัมพาต อ่อนล้า^{8,10}

- ควบคุมความปวดไม่ได้^{9,10}

- พยาธิสภาพเลวลงอย่างรวดเร็ว^{8,9,10}

- การพยากรณ์โรคไม่ดี¹⁰

- มีภาวะสับสน หลงลืม^{9,10}

2) ความเสี่ยงจากประวัติผู้ป่วย

- มีประวัติโรคทางจิตเวช¹⁰

- มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย^{9,10}

- มีประวัติคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย^{9,10}

- มีประวัติติดบุหรี่ ติดเหล้า การใช้สาร

เสพติด^{9,10}

- อยู่ในช่วงเวลาของการมีภาวะเศร้าโศก

เช่น คู่สมรส เพื่อนสนิท คนใกล้ชิด เสียชีวิต^{9,10}

- มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย^{9,10}

- มีภาวะสิ้นหวัง⁹

กรณีคัดกรองพบปัจจัยที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือมาตรฐานในการบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป ดังแสดงใน ภาพที่ 2

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ต่อ ผลลัพธ์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย มะเร็ง

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีจำนวนทั้งสิ้น 290 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.4%) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (100%) อาชีพรับจ้าง (36%) สิทธิการรักษาบัตรทอง (67.6%) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (90.7%) และมีอายุเฉลี่ย 58.57 ปี (S.D.=10.64)

ในจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 290 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปัจจัย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 8.28 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่พบสูงสุด คือ มีความพร้อมของอวัยวะ (13 คน) รองลงมา คือ พยาธิสภาพเลวลงอย่างรวดเร็ว (10 คน) และ การพยากรณ์โรคไม่ดี (9 คน) ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1 Top 5 suicide risk factor.

Risk factor	Number	%
Organ function deficit	13	23.63
Rapidly pathological decreased	10	18.18
Poor prognosis	9	16.36
Poor social support	8	14.55
Hopelessness	8	14.55
History of suicide	7	12.73

Table 2 Outcome of CNPG for suicide prevention in cancer patient implementation. (n = 290)

Patient	number	%
Total	290	100
Having at least 1 risk factor	24	8.28
PHQ 9-Thai ≥ 9	10	3.45
Notify primary physician	10	3.45
Consult psychiatrist	1	0.35
Be prepare for continuing care at home	1	0.35
Completely suicide	0	0

จากตารางที่ 2 มีการนำแนวปฏิบัติ
การพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน
290 คน พบปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปัจจัย
จำนวน 24 คน ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีคะแนน
PHQ 9-Thai ≥ 9 10 คน ได้รับการส่งปรึกษา
แพทย์เจ้าของไข้ทั้งหมด (10 คน) แพทย์
เจ้าของไข้ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง จิตเวช 1
คนได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลที่บ้าน 1 คน
และไม่พบผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ส่วนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของ
บุคลากรพบว่า บุคลากรสามารถปฏิบัติตาม

แนวปฏิบัติได้ครบถ้วน (100%) ในทุกหัวข้อ
ประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการประเมิน
ปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่ม
เสี่ยงได้รับการประเมินซ้ำด้วย PHQ 9-Thai
ผู้ป่วยมะเร็งที่มีคะแนน PHQ 9-Thai ≥ 9
ได้รับการแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมะเร็งที่มีคะแนน PHQ
9-Thai ≥ 9 ได้รับการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะ
ทางจิตเวชและผู้ป่วยมะเร็งที่มีคะแนน PHQ 9-
Thai ≥ 9 ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลที่บ้าน
ดังแสดงในตารางที่ 3

Table 3 Nursing staff compliance with CNPG for suicide prevention in cancer patients.

Item	Percentage
1. Risk assessment for suicide prevention	100
2. Re-assess with PHQ 9-Thai in suicide risk group	100
3. Notify primary physician if PHQ 9-Thai ≥ 9 as a suicide risk group	100
4. Consult psychiatrist if PHQ 9-Thai ≥ 9 as a suicide risk group by primary physician	100
5. Be prepare for continuing care at home if PHQ 9-Thai ≥ 9 as a risk group	100

Table 4 Nursing staff's satisfaction to CNPG for suicide prevention in cancer patients. (n=26)

	Level of satisfaction		
	High n (%)	Moderate n (%)	Low n (%)
1. Easy to implement	19 (73.1)	7 (26.9)	0 (0)
2. Clearly content	15 (57.7)	11 (42.3)	0 (0)
3. Practical to practice	22 (84.6)	4 (15.4)	0 (0)
4. Useful for organization	23 (88.5)	3 (11.5)	0 (0)
5. Agree with CNPG implementation	22 (84.6)	4 (15.4)	0 (0)

จากตารางที่ 4 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายการพยาบาลฯ ในแต่ละด้าน พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ (73.1%) เนื้อหามีความชัดเจน (57.7%) สามารถนำไปปฏิบัติได้ (84.6%) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน (88.5%) และเห็นด้วยกับการใช้นโยบาย (84.6%)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า นโยบายการพยาบาลฯ นี้ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง คือ ไม่พบผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลอื่น ๆ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลมาใช้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง^{24,25,26}

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมความเป็นองค์รวม ตั้งแต่การรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นแก้ปัญหาเครื่องมือคัดกรองที่มีอยู่เดิมไม่มีความไว และความจำเพาะกับผู้ป่วยมะเร็ง โดยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเป็นการเน้นการคัดกรองหาปัจจัยเสี่ยงให้เข้าสู่ระบบการดูแลด้วยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวช เพื่อป้องกันการเกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ถ้ามีระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{22,23}

สำหรับประเด็นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของบุคลากรที่พบว่า บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ครบถ้วน (100%) ในทุกหัวข้อ ประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินซ้ำด้วย PHQ 9-Thai ผู้ป่วยมะเร็งที่มีคะแนน PHQ 9-Thai ≥ 9 ได้รับการแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมะเร็งที่มีคะแนน PHQ 9-Thai ≥ 9 ได้รับการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจิตเวช และผู้ป่วยมะเร็งที่มีคะแนน PHQ 9-Thai ≥ 9 ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ถือว่าบุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ครบถ้วน รวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ (73.1%) เนื้อหา

มีความชัดเจน (57.7%) สามารถนำไปปฏิบัติได้ (84.6%) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน (88.5%) และเห็นด้วยกับการใช้นโยบายปฏิบัติ (84.6%) ถือว่าอยู่ในระดับสูง ผลลัพธ์เชิงบวกทั้งสองด้านอาจเกิดขึ้นเนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้พัฒนาขึ้นตามบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาโดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีทั้งผู้ปฏิบัติและผู้บริหารทางการแพทย์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ ตามแนวคิดการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมได้มีการทดลองปฏิบัติและปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้จริงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และไม่ถือว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพิ่มภาระงาน²⁷ และสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

1) การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ไม่สามารถใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากรได้

2) การศึกษานี้เป็นงานวิจัย R2R แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้บริบทที่เฉพาะ ผลการศึกษาก็สามารถนำไปใช้ได้เฉพาะในบริบทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับการศึกษานี้เท่านั้น

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

ประเด็นที่เป็นจุดแข็งของงานวิจัยนี้ คือ การคิดโจทย์วิจัยจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจาก

ปัญหาในการปฏิบัติงานซึ่งประเด็นการฆ่าตัวตาย ถือเป็นประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ และเป็นความสนใจของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ส่งผลให้การดำเนินการวิจัยตั้งแต่การกำหนด โจทย์วิจัยจนกระทั่งสรุปผลการวิจัยและนำ กลับไปใช้ในบริบทจริงได้รับความร่วมมือจาก บุคลากรทุกระดับเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่ได้นำมาสู่ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) พยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการ พยาบาลฯ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้มาใช้จริงใน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันฆ่าตัวตายให้มี ประสิทธิภาพและคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2) ควรมีการจัดอบรมเตรียมความ พร้อมสร้างความตระหนักกับพยาบาลในการดูแล เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็งให้ สอดคล้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่

พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่พบปัจจัย เสี่ยง 5 อันดับแรก ได้แก่ มีความพร้อมของ อวัยวะ พยาธิสภาพเล็ดลอดอย่างรวดเร็ว การ พยากรณ์โรคไม่ดี มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม น้อย มีภาวะสิ้นหวัง และมีประวัติเคยพยายาม ฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยขยายผลเพิ่มเติมโดยการ ทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่เชื่อถือได้มากขึ้น ได้แก่ RCT เพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพขององค์ความรู้ที่ พัฒนาขึ้น คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยมะเร็ง

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัย และพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

Reference

1. WHO. Cancer [Internet]. 2018 [Cited 2018 December 10]. Available from: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>.
2. World cancer research fund international. Worldwide cancer data: global cancer statistics for the most common cancers [Internet]. 2018 [Cited 2019 February 10]. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer-data>.
3. Stewart B, Chistopher PW. Risting burden of cancer: world cancer report 2014 [Internet]. 2014 [Cited 2018 December 10]. Available from: <http://www.ias.org.uk/>.
4. Imsamran W, Pattatang A, Supaattagorn P, Chiawiriyabunyal K, Namthaisong K, Wongsena M, et al. (editors). Cancer in Thailand. Vol. IX, 2013-2015. Bangkok: New Thammada Press; 2018.
5. American cancer society. Facts & Figures 2018: Rate of deaths from cancer continues decline [Internet]. 2018. [Cited 2018 January 8]. Available from: <https://www.cancer.org/latest-news/facts-and-figures-2018-rate-of-deaths-from-cancer-continues-decline.html>.
6. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA: a cancer journal for clinicians 2017; 67(1): 7-30.
7. Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors Associated with Suicide Risk in Advanced Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2016; 17(11): 4831-6.
8. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Why some patients with depression desire an early death and others do not. Psychosomatics 2001; 42(2): 141-5.
9. Roth AJ. Evaluating Risk for Suicide in People Diagnosed or Living with Cancer [Internet]. 2011 [Cited 2018 January 8]. Available from: <http://www.ascopost.com/issues/august-15-2011/evaluating-risk-for-suicide-in-people-diagnosed-or-living-with-cancer.aspx>
10. Walker J, Hansen CH, Butcher I, Sharma N, Wall L, Murray G, Sharpe M. Thoughts of death and suicide reported by cancer patients who endorsed the "suicidal thoughts" item of the PHQ-9 during routine screening

- for depression. *Psychosomatics* 2011; 52(5): 424-7.
11. Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer nursing* 2012; 35(4): E14-E26.
12. Calati R, Fang F, Mostofsky E, Shen Q, Mattei VED, Garcia-Foncillas J, et al. Cancer and suicidal ideation and behaviors: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018; 8(8): e020463.
13. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, Valdimarsdóttir U. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *The New England Journal of Medicine* 2012; 366: 1310-8.
14. Kumar V, Chaudhary N, Soni P, Jha P. Suicide rates in cancer patients in the current era in United States. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal* 2017; 12(1): 11-4.
15. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. Victoria: Dakin University; 1990.
16. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, Mahillo-Fernandez I, Garcia-Foncillas J, Lopez-Castroman J. Suicide ideation among oncologic patients in a Spanish ward. *Psychology, Health & Medicine* 2016; 21(3): 261-71.
17. Chirawatkul S. *Qualitative research in nursing: Research methodology and case study*. Bangkok: Withayapat; 2012.
18. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8(1): 1-7.
19. Sindhu S, Varitsakul R, Sriyuktasuth A. Factors associated with depression in elderly peritoneal dialysis patients. *Nursing Science Journal of Thailand* 2011; 29(3): 84-92. (in Thai)
20. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
21. Colaizzi P. Psychological research as the Phenomenologist views it. In *Existential – Phenomenological Alternatives for Psychology* (Valle R. & King M. eds. London: Oxford University Press; 1978.
22. Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, et al. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psycho-Oncology* 2015; 24(9): 987-1001.

23. Leung YW, Li M, Devins G, Zimmermann C, Rydall A, Lo C, Rodin G. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psycho-Oncology* 2013; 22(11): 2537–45.
24. Hopko DR, Funderburk JS, Shorey RC, McIndoo CC, Ryba MM, File AA, Vitulano M. Behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: preliminary support for decreased suicidal ideation. *Behavior Modification* 2013; 37(6): 747-67.
25. Lévesque M, Savard J, Simard S, Gauthier JG, Ivers H. Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2004; 35(4): 287–305.
26. Sharpley CF, Bitsika V, Wootten AC, Christie DRH. Does resilience 'buffer' against depression in prostate cancer patients? A multi-site replication study. *European Journal of Cancer Care* 2014; 23(4): 545-52.
27. Worakitti S, Poomraya P, Eramlaor P, Marisan J. Development of nursing guideline for CAUTI prevention. *Journal of Nursing Division* 2010; 37(1): 51-65. (in Thai).