รายงานการวิจัย

ผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อสมรรถนะการดูแลตนเอง ในคลินิกประคับประคองศูนย์พลังรักษ์ โรงพยาบาลตราด

The Effects of the Health Perception Program for end-stage cancer patients' Self Efficacy, Palungruk Clinic Trat Hospital

นวนุช อินผวน , พย.บ.
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลตราด
E-mail : koitrat16@live.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 50 คน เลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการวิจัยในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกประคับประคองศูนย์พลังรักษ์ โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัยคือโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ตรวจสอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 1.0 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ค่าความตรง (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.8258 ความเที่ยงเท่ากับ 0.9455 2) แบบรายงานการเก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่นัดหมาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test และ One-sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่นัดหมายลดลงน้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเองและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้นำโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ/ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย/การรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเอง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็ง เป็นโรคไม่ติดต่อที่มีความรุนแรงของโรคสูงชนิดหนึ่ง ในแต่ละปีจะมีผู้ยอดเสียชีวิตจากโรคมะเร็งชนิดต่างๆเป็นจำนวนมากในทั่วโลกหลายล้านคน จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2561 คาดการณ์ว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งประมาณ 18 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้าน

คน หรือกล่าวได้ว่า 1 ใน 6 รายของการเสียชีวิต จะเกิดจากโรคมะเร็ง รวมถึงในประเทศไทยด้วยเช่นกัน สถานการณ์ของโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศไทย จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 16 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุ และโรคหัวใจเฉลี่ย 2 ถึง 3 เท่า หรือมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยประมาณอยู่ที่ 170,495 ราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 114,199 (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาวะโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ,2555 : Cancer control, knowledge into action Word Health Organization,2007) สาเหตุหลักคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 จะรู้ว่าตนเองมีเชื้อมะเร็งอยู่ในร่างกาย มักจะเป็นอาการของโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย หรือ มะเร็งในระยะท้ายๆ ทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ,2563) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจะต้องเผชิญกับอาการปวดที่อาจจะปวดตลอดเวลาหรือปวดเป็นบางช่วงเวลาและอาการปวดนั้นจะมีมากกว่ามะเร็งระยะแรก บางครั้งความปวด มีระดับที่รุนแรงเป็นภาวะวิกฤติหนึ่งในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) (บุศยมาส ชีวสกุลยงและคณะ,2556) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ส่งผลอย่างมากในการทำลายความสุขของผู้ป่วยโรคมะเร็งและรบกวนการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆของผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสมควรต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งเป้าหมายการดูแลมุ่งหวังให้เกิดสภาวะสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยการรักษาทางกายเน้นการบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการตอบสนองจิตวิญญาณมุ่งเน้นสภาพจิตใจ สังคม อารมณ์ ของผู้ป่วยและญาติ (ลดารัตน์ สาภินันท์,2556) โดยจากการศึกษาพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสมรรถนะในการดูแลตนเอง ครอบคลุมความรู้ในโรคที่เป็น การพยากรณ์โรค การปรับทัศนคติ การยอมรับความตายและการพลัดพราก และการฝึกทักษะ อย่างเป็นขั้นตอน จะทำให้สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับเป้าหมายการรักษาของทีมแพทย์และพยาบาล (กิตติกร นิลมานัต,2555)

จากสถิติของโรงพยาบาลตราดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ปี 256๑ - 2563 มีจำนวน 318, 351 และ 533 รายตามลำดับ กลุ่มโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 118, 124 และ 175 ตามลำดับ โรงพยาบาลตราดจึงได้เปิดบริการคลินิกประคับประคองศูนย์พลังรักษ์ บริการแบบผู้ป่วยนอกเมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๒ โดยเปิดให้บริการผู้ป่วย ๖ กลุ่มโรคและ ๒ กลุ่มอายุ คือ 1) กลุ่มโรคมะเร็ง 2) กลุ่มโรคระบบประสาทและหลอดเลือดคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม 3) กลุ่มโรคไตคือไตวายเรื้อรัง 4) กลุ่มโรคหัวใจคือโรคหัวใจล้มเหลว 5)กลุ่มโรคทางเดินหายใจคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD) 6) กลุ่มภาวะตับล้มเหลว 7) กลุ่มภาวะเอดส์เต็มขั้น กลุ่มผู้ป่วยเด็ก ๐-๑๔ ปีและ 8) กลุ่มผู้สูงอายุ คลินิกให้บริการทุกวันพฤหัสบดีในเวลาทำการและทุกวันทำการ สำหรับการรับปรึกษาจากผู้ป่วยใน การบริการในคลินิกประกอบด้วยการตรวจรักษาต่อเนื่อง การทำหัตถการการสอนให้ความรู้ การปรับทัศนคติ การฝึกทักษะ การให้ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทาง และการให้คำปรึกษาระบบทางไกล (Tele nursing) และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับครอบครัวโดยมีพยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 คน ที่ผ่านหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน แต่บางวันมีพยาบาลที่ไม่ได้ผ่านหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่างกัน

สถิติผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองศูนย์พลังรักษ์ ปี 2562 - 2563 มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายเข้ารับบริการ 139 และ 179 ราย โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 92 รายและ 155 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 66.18 และ 89.08 รองลงมาคือ กลุ่มภาวะตับล้มเหลวจำนวน 22 และ 9 ราย กลุ่มโรคทางเดินหายใจ จำนวน 11 และ 5 ราย กลุ่มโรคไต จำนวน 8 และ 2 ราย กลุ่มโรค กลุ่มโรคระบบประสาทและหลอดเลือด จำนวน 4 ราย กลุ่มโรคหัวใจ จำนวน 1 ราย ตามลำดับ กลุ่มที่ไม่มีมารับบริการที่คลินิกแต่ขอคำปรึกษามาจากแผนกผู้ป่วยในคือ กลุ่มภาวะเอดส์เต็มขั้น กลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 0-14 ปีและกลุ่มผู้สูงอายุ

ปัญหาที่พบคือการมารับบริการซ้ำที่คลินิกก่อนการนัดหมาย ด้วยการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองไม่ได้ การไม่ยอมรับในความเจ็บป่วยระยะท้าย การใช้ยาไม่ถูกต้อง การไม่ได้เตรียมพร้อมของครอบครัว ไม่มีความรู้ในโรคที่เป็นอย่างเพียงพอ และมีความเครียด ความวิตกกังวลตลอดเวลา โดยพบผู้ป่วยมารับบริการซ้ำ ปี 2562 - 2563 จำนวน 195 ครั้งและ 330 ครั้ง ซึ่งมากกว่าวันทำการในคลินิก สาเหตุของปัญหาคือ 1) ไม่มีโปรแกรมการสอนให้ความรู้ และการฝึกทักษะกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้พยาบาลปฏิบัติไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 2) ผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังได้รับคำปรึกษาและเตรียมพร้อมแต่ไม่ได้รับการประเมินสมรรถนะอย่างเป็นขั้นตอน 3) ผู้ป่วยและครอบครัวกังวล ไม่มั่นใจในการใช้ยามอร์ฟีน ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการใช้ยา ส่งผลให้อาการปวดกำเริบรุนแรง ๔) ไม่มีกิจกรรมลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยในคลินิก

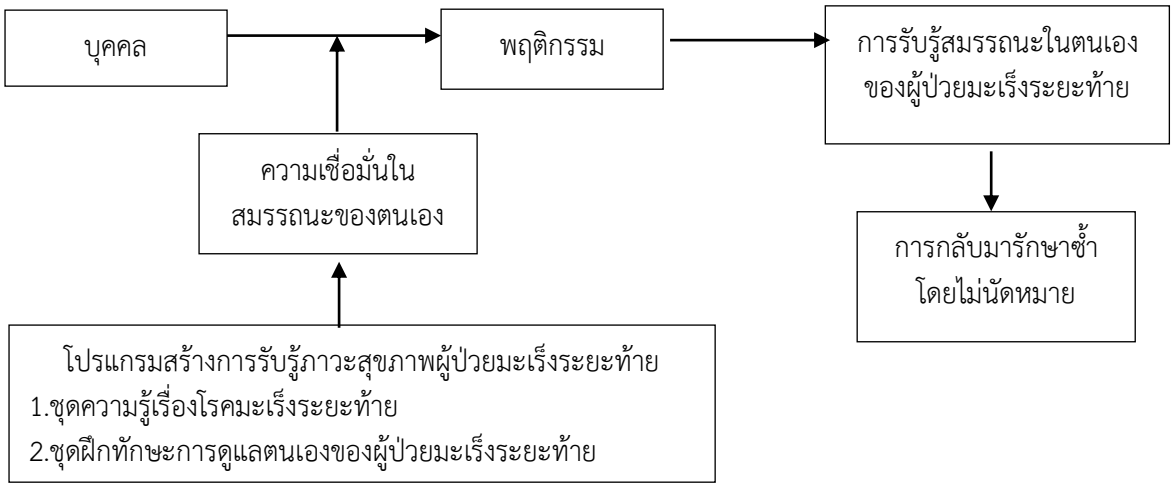
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self efficacy theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura,1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อสมรรถนะการดูแลตนเอง โดยแบนดูราพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social LearningTheory: SCT) ได้เป็นแนวคิด 3 ประการคือ การเรียนรู้โดยการสังเกต(Observational Learning) การกำกับตนเอง (Self - regulation) และการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) ปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าวมีอิทธิพลที่จะช่วย ให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ สภาพแวดล้อมสังคม ประสบการณ์ความสามารถ เฉพาะตัวของบุคคลผสมผสานกัน ซึ่งถ้าหากบุคคล มีการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectations) บุคคลจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่ จึงสรุปได้ว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อใน ความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ที่มา Bandura, A,1977

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกประคับประคอง ศูนย์พลังรักษ์ โรงพยาบาลตราด โดยใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเข้ารับบริการ ในปี 2562-2564 จำนวน 480 คน (N) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกประคับประคองศูนย์พลังรักษ์ โรงพยาบาลตราด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2564

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีอายุมากกว่า 20 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารโดยการฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูลประเมินระดับคะแนน ต่ำกว่า PPS 50% การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางสำเร็จรูปของโคเฮน (Cohen Tablet) ทดสอบแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 80 และขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ 0.60 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็กถึงปานกลาง (Cohen, 1988) และเป็นค่าที่เหมาะสมในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล (Polit & Beck, 2012) นำค่าที่ได้มาเปิดตารางสำเร็จรูปจะต้องใช้ขนาดตัวอย่าง (n) จำนวน 45 ราย แต่เพื่อป้องกันข้อมูลขาดหายจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ประกอบด้วย

1) ชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้แก่ 1.1) การสอนให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การดำเนินของโรค (Disease Trajectory) แนวทางการจัดการอาการที่ทุกข์ทรมาน การใช้ยาบรรเทาปวด การให้ข้อมูลล่วงหน้า (Anticipatory) กระบวนการตายของร่างกาย (Death process) การบันทึกความต้องการและแผนการดูแลในระยะท้ายด้วยสมุดเบาใจ บรรยาย ๒ ครั้งๆ ละ ๓๐ นาที 1.2) การชมวิดิทัศน์ปรับทัศนคติผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 1 เรื่องๆ ละ 5 นาที 1.3) การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จำนวน 1 ครั้งๆ ละ 30 นาที

2) ชุดฝึกทักษะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการดูแลตนเอง ได้แก่การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเรื่อง 2.1) การใช้เครื่องมือประเมินระดับความปวดแบบ Visual Analog Scale(VAS) 2.2) การใช้อุปกรณ์ให้ยาทางใต้ผิวหนัง (Syringe driver) 2.3) การฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายแบบสมาธิบำบัด SKT ใช้ระยะเวลาการสาธิตและสาธิตย้อนกลับอย่างน้อย 1 ครั้งๆ ละ 30 นาที หรือจนกว่าจะปฏิบัติได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับบุคคลข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค

แบบประเมินชุดที่ 2 แบบประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบ่งเป็น 4 หัวข้อประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง 2) ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะท้าย 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะท้าย 4) ความรู้เกี่ยวกับความตาย

แบบประเมินชุดที่ 3 แบบประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองในทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบ่งเป็น 3 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) การจัดการอาการปวด 2) การใช้อุปกรณ์ให้ยาต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง 3) การดูแลตนเองในระยะท้าย

แบบเก็บรวบรวมข้อมูลชุดที่ ๔ แบบเก็บรายงานอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา(Bandura,1997) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้โปรแกรมมีความชัดเจนมากขึ้น ได้ค่าความเชื่อมั่น 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้อง ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ 0.8258

2.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 คนเพื่อหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Polit & Hunger,1999) ได้เท่ากับ 0.9455

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ 02/2564 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2564 โดยมีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การลงนามบันทึกการยินยอม รวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วย/ผู้ดูแล ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูล รวมทั้งปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองในด้านความรู้ภาวะสุขภาพและด้านทักษะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นการเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกันด้วยสถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายด้วยสถิติ One-sample t-test

ผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกประคับประคองศูนย์พลังรักษ์ โรงพยาบาลตราด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2564 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติ คือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีอายุมากกว่า 20 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยการฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล ประเมินระดับคะแนน ต่ำกว่า PPS 50% โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิด

ตารางสำเร็จรูปของโคเฮน (Cohen Tablet) ทดสอบแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 80 และขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ 0.60 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 รายผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อสมรรถนะการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกประคับประคองศูนย์พลังรักษ์ โรงพยาบาลตราด เป็นเพศหญิงจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 52 เพศชายจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 48 ช่วงอายุที่พบมาก คือ 51-60 คิดเป็นร้อยละ 82.0 สถานภาพสมรส สมรสคิดเป็นร้อยละ 74.0 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 78.0 การวินิจฉัยโรคคือกลุ่มโรคมะเร็งระยะท้าย ร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 ผลการใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเอง (n=50)

2.1 รายหัวข้อระดับการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ก่อนใช้โปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ไม่มีหัวข้อใดเลยที่มีการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองในระดับมาก ยกเว้นหัวข้อที่ 13 การบรรเทาอาการปวดต้องรักษาในโรงพยาบาลโดยแพทย์เท่านั้น ($\bar{X}$=4.1 SD=.64) โดยหัวข้อที่การรับรู้ในระดับไม่มั่นใจ มีจำนวน 6 หัวข้อคือข้อที่ 28 ท่านเข้าใจการออกฤทธิ์ของยามอร์ฟีน ($\bar{X}$=1.6 SD=.59) หัวข้อที่ 29 ท่านสามารถเปิด ปิดอุปกรณ์ให้ยาต่อเนื่องใต้ผิวหนังได้ ($\bar{X}$ =1.0 SD=.00) หัวข้อที่ 30 ท่านทราบความหมายของสัญญาณเตือนจากเครื่องและแก้ไขเบื้องต้นได้ ($\bar{X}$ =1.0 SD=.00) หัวข้อที่ 31 ท่านสามารถใส่และถอดกระบอกยาจากอุปกรณ์ให้ยาได้ ($\bar{X}$ =1.0 SD=.00) หัวข้อที่ 32 ท่านสามารถประเมินความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่ให้ยาได้ ($\bar{X}$ =1.0 SD=.00) และหัวข้อที่ 33 ท่านทราบวิธีการเก็บรักษายามอร์ฟีนที่ผสมแล้ว ($\bar{X}$ =1.0 SD=.00)

หลังใช้โปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หัวข้อที่การรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด มีจำนวน 12 หัวข้อ คือหัวข้อที่ 4-7,10,16,25-27,29,31,และ 33 โดยมี 3 หัวข้อที่ระดับการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากไม่มั่นใจเป็นระดับมั่นใจมากที่สุดคือ หัวข้อที่ 29 ท่านสามารถเปิด ปิดอุปกรณ์ให้ยาต่อเนื่องใต้ผิวหนังได้ ($\bar{X}$ =4.5 SD=.57) หัวข้อที่ 31 ท่านสามารถใส่และถอดกระบอกยาจากอุปกรณ์ให้ยาได้ ($\bar{X}$ =4.7 SD=5.5) และหัวข้อที่ 33 ท่านทราบวิธีการเก็บรักษายามอร์ฟีนที่ผสมแล้ว ($\bar{X}$ =4.9 SD=.23) ส่วนหัวข้อที่ 13 การบรรเทาอาการปวดต้องรักษาในโรงพยาบาลโดยแพทย์เท่านั้น อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.2 SD=.69)

2.2 รายด้านระดับการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เมื่อพิจารณารายด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ก่อนใช้โปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่าด้านการใช้อุปกรณ์ให้ยาต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง มีการรับรู้ในระดับไม่มั่นใจ ($\bar{X}$=1.0 SD=.00) และมีการรับรู้ในระดับน้อยคือด้านความรู้เกี่ยวกับความตาย ($\bar{X}$=2.1 SD=.35) และด้านการจัดการอาการปวด ($\bar{X}$=2.3 SD=.53) หลังใช้โปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีการรับรู้ในระดับ

มากที่สุดคือด้านความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะท้าย ($\bar{X}$=4.5 SD=.32) ด้านการจัดการอาการปวด ($\bar{X}$=4.3 SD=.33) และด้านการใช้อุปกรณ์ให้ยาต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง ($\bar{X}$=4.3 SD=.36) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายด้านระดับการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ (n=50)

ข้อ	การรับรู้สมรรถนะ	ก่อนใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ		
		$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้
หมวดที่ 1 ชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย							
1	ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็ง	2.7	.40	ปานกลาง	3.9	1.1	มาก
2	ด้านความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะท้าย	2.7	.75	ปานกลาง	4.5	.32	มากที่สุด
3	ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะท้าย	2.7	.71	ปานกลาง	3.6	.67	มาก
4	ด้านความรู้เกี่ยวกับความตาย	2.1	.35	น้อย	2.7	1.0	ปานกลาง
หมวดที่ 2 ทักษะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการดูแลตนเอง							
1	ด้านการจัดการอาการปวด	2.3	.53	น้อย	4.3	.33	มากที่สุด
2	ด้านการใช้อุปกรณ์ให้ยาต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง	1.0	.00	ไม่มั่นใจ	4.3	.36	มากที่สุด
3	ด้านการดูแลตนเองในระยะท้าย	2.5	.24	น้อย	4.1	.32	มาก

2.3 รายหมวดระดับการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เมื่อพิจารณารายหมวดการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ก่อนใช้โปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่าหมวดชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีการรับรู้ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.5 SD=.25) และหมวดชุดทักษะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการดูแลตนเองมีการรับรู้ในระดับน้อย ($\bar{X}$=1.9 SD=.81) หลังใช้โปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่าหมวดชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีการรับรู้ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.7 SD=.75) และหมวดชุดทักษะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการดูแลตนเองมีการรับรู้ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.2 SD=.11) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายหมวดระดับการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ (n=50)

หมวด	การรับรู้สมรรถนะ	ก่อนใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ		
		$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้
1	ชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	2.5	.25	น้อย	3.7	.75	มาก
2	ชุดทักษะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการดูแลตนเอง	1.9	.81	น้อย	4.2	.11	มากที่สุด

2.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ Paired T Test เป็นการเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน และทำการทดสอบวัด 2 ครั้งคือก่อนและหลัง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ

Paired Samples Statistic

		Mean	N	St.d Deviation	Std.Error Mean
Paired	Post	164.3	50	9.5	1.34
	Pre	104.7	50	5.3	.75

Paired Sample Correlation

		N	Correlation	Sig.
Paired	Post&Pre	50	.511	.000

Paired Sample Test

	Paired Differences					T	df	Sig. (2Tailed)
	Mean	St.d Deviation	Std.Error Mean	95% confidence Interval of the Difference				
				lower	upper			
Paired Post&Pre	59.6	8.19	1.15	57.2	61.9	51.4	49	.000

2.5 อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

เมื่อรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่ามีจำนวนลดลง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (n=50)

ระยะเวลา	อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย (ครั้ง)	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
ก่อนใช้โปรแกรม		
เดือนเมษายน	12	$\bar{X}$=7.4 SD=5.5
เดือนพฤษภาคม	12	
เดือนมิถุนายน	10	
หลังใช้โปรแกรม		
เดือนกรกฎาคม	0	$\bar{X}$=1.5 SD=2.1
เดือนสิงหาคม	3	

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมาย ≤3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

การทดสอบ	$\bar{X}$	SD	One-sample t-test		
			df	t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย 0					
อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	7.4	5.5	4	2.982	.041

อภิปรายผล

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) และใช้การวิเคราะห์ Paired T Test เป็นการเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ทำการทดสอบวัด 2 ครั้งคือก่อนและหลัง เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพที่จัดทำขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความรู้ ความเข้าใจและได้ฝึกทักษะเพิ่มขึ้น และจากความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นสามารถพัฒนาการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง

การพัฒนาการรับรู้ในตนเองของผู้ป่วยทำได้หลายวิธีด้วยกัน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วยหมวดความรู้และหมวดทักษะ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นแนวทางในการวิจัยเริ่มจากการให้ความรู้ การให้ชมวิดิทัศน์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสิตและสาธิตย้อนกลับ โดยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และการมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท้ายที่ประสบความสำเร็จ เป็นวิธีการให้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) ด้วยการสื่อสารจูงใจ โน้มน้าวให้เข้าใจ เกี่ยวกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ มีกำลังใจ ได้ฝึกทักษะ ส่งผลให้มีความเชื่อมั่นรับรู้ได้ว่าตนมีสมรรถนะในการดูแลตนเองได้ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าหมวดความรู้ด้านเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะท้าย และหมวดทักษะด้านการจัดการอาการปวด กับด้านการใช้อุปกรณ์ให้ยาต่อเนื่องทางใต้ผิวหนัง มีการรับรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของเอเดรียน แวน แอคเตอเบอค (Adriaansen & Van Achterberg, 2008) พบว่าหัวข้อที่เป็นพื้นฐานจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือการติดต่อสื่อสาร การประคับประคองด้านจิต-สังคม ทัศนคติเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย ความรู้สึกเห็นใจ การจัดการกับอาการและการจัดการกับความปวด รวมทั้งการบูรณาการวิธีการสอนต่างๆ กัน โดยมีการใช้เครื่องมือ วีดิทัศน์ หรือเทปบันทึกเสียง การแสดงบทบาทสมมติและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด คือการบูรณาการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและรูปแบบวิธีการสอนต่างๆ กัน

การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะท้ายที่ประสบความสำเร็จ นอกจากการมุ่งเน้นให้เนื้อหาความรู้แล้ว ยังมีการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการดูแผู้ป่วยระยะท้าย ในการเข้าโปรแกรมครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเองโดยตรง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ มากขึ้น นอกจากนี้การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นวิธีการที่ได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น ได้เห็นแบบอย่างการแสดงพฤติกรรมจากตัวแบบ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนก็สามารถทำงานนั้นให้ประสบผลสำเร็จได้ ซึ่งแบนดูรา (1997) เชื่อว่าการฝึกให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยความมั่นใจยิ่งขึ้น นอกจากนี้การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เพื่อให้บุคคลประสบความสำเร็จอย่างค่อยเป็นค่อยไปจะเป็นการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ สร้างจิตสำนึก ไวต่อความรู้สึก เป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ ความสามารถ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพจะมั่นใจที่จะดูแลตนเอง ได้เห็นแบบอย่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายคนอื่นๆ กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ลดความวิตกกังวลและความกลัว ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเพิ่มการรับรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งการศึกษาตามแบบอย่างหรือตัวอย่างหรือปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นการได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างจากผู้อื่น (vicarious experience) เป็นประสบการณ์ทางอ้อมที่ทำให้คิดคล้อยตามได้ว่า บุคคลอื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ และมีความพยายาม โดยเฉพาะถ้าต้นแบบนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน มีความพยายามและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน

จากคำกล่าวของแบนดูราที่ว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้าโปรแกรมได้มีประสบการณ์ของความสำเร็จ (mastery experiences) เป็นวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการใช้ทักษะ แบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับ จนกว่าจะปฏิบัติได้ ร่วมกับฝึกการคิดวิเคราะห์ให้เกิดการใช้ความรู้ในการดูแลตนเอง ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และกระตุ้นการสะท้อนคิด เป็นการสร้างประสบการณ์ จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าหมวดชุดทักษะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีการรับรู้เพิ่มขึ้นเป็น

ระดับมากที่สุด ซึ่งซัลลิแวน และคณะ (Sullivan et al, 2005) กล่าวว่าประสบการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งความรู้ที่ได้จากการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ นำมาใช้ในการคิดวิเคราะห์ร่วมกันแก้ไขปัญหา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์หลากหลาย ความคิดเห็น เป็นการสร้างให้มีประสบการณ์ตรงซึ่งจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในความสามารถของตน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับตนเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนารับรู้สมรรถนะในตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองเกี่ยวกับความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อยู่ในระดับน้อย เช่น โรคมะเร็งเป็นเรื่องของกรรมเก่า ความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัวของมนุษย์ การบรรเทาอาการปวดต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น และความตายคือการพลัดพราก ซึ่งเป็นไปตามหลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ประกอบด้วยการดูแลด้านร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณและศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี จริยธรรมและกฎหมาย ที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย,2557 และจากการศึกษาของวราภรณ์ อ่อนอนงค์. (2561) พบว่าผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการตายได้อย่างสงบ โดยการศึกษาของบุศยมาส ชีวสกุลยงและคณะ (2556) ยังพบว่าการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยวาระสุดท้าย ควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 2Q 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิตและการประเมินด้านพุทธิปัญญา (Cognition) ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย,อิศรางค์ นุชประยูร,พรเลิศ ฉัตรแก้วและฉันชาย สิทธิพันธุ์ (2551) ที่พบว่าปัญหาด้านสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อบทบาทของผู้ป่วย ควรได้รับการประเมินให้ครอบคลุมโดยต้องใช้ประสบการณ์ในการค้นหา หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อวางแผนการดูแลรักษาได้ครอบคลุมประเด็น ข้อควรคำนึงในการประเมินด้านสังคมคือแต่ละบุคคลมีความแตกต่างในองค์ประกอบของบุคคลคือเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ตลอดจนศาสนาและความเชื่อ รวมถึงการรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้น และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์พา ธิมายอม(2554) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกในสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 60 คน โดยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนมีความรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม

2. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลังใช้โปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพ อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมาย โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่ามีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 7

แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น หลังจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้รับความรู้ ความเข้าใจ มีกำลังใจ ได้ฝึกทักษะ จนกว่าจะปฏิบัติได้ ส่งผลให้มีความเชื่อมั่นรับรู้ได้ว่าตนมีสมรรถนะในการดูแลตนเองได้ เป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างสนใจที่จะเรียนรู้และได้รับความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับความรู้หรือข้อมูลใหม่ไปเสริมประสบการณ์เดิม และเป็นไปตามแนวคิดของฮัลล์ (ทิศนา แขมณี, 2547) ที่กล่าวว่า เมื่อต้องการให้เกิดการเรียนรู้จะต้องให้สิ่งกระตุ้นที่ตรงกับความต้องการ หรือขับ หรือแรงจูงใจของผู้เรียน โดยพบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นประสบการณ์ที่ละเอียดอ่อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ยังรวมไปถึงการจัดการด้านร่างกาย เช่น การจัดการกับอาการรบกวน การจัดการกับความปวด การจัดการกับความเครียด หลักจริยธรรมและการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของจิรภา หงส์ตระกูล(2556) พบว่าการดูแลทางกายเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจอย่างชัดเจนถึงเป้าหมายแนวทางการรักษาและการปฏิบัติจริงซึ่งผู้ป่วยและญาติควรได้รับการอธิบายให้เข้าใจ มีความเห็นและยอมรับร่วมกัน โดยมีความเชื่อมโยงกับลักษณะทางวัฒนธรรม ศีลธรรม และจริยธรรมของผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา บนพื้นฐานของสังคมและกฎหมาย ในระบบสาธารณสุข ให้เป็นที่ยอมรับของสังคมและเป็นการตัดสินใจร่วมกันบนความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์หรือผู้ให้การดูแลร่วมกับผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้มีการใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องมือต่างๆ ทางการแพทย์ในการช่วยเหลือ อย่างเหมาะสมปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของชีวิตประกอบด้วยความปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับและอาการสับสน ปัญหาผิวหนังและแผลกดทับ ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาทางกายหลายอย่างร่วมกัน ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย,อิศรางค์ นุชประยูร,พรเลิศ ฉัตรแก้วและฉันชาย สิทธิพันธุ์ (2551) ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ด้านการจัดการอาการปวดและการใช้อุปกรณ์ให้ยาต่อเนื่องทางใต้ผิวหนังมีการรับรู้ในระดับมากที่สุด ซึ่งในโปรแกรมได้มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (W.H.O.,1990) ได้ให้หลักการการให้ยาแก้ปวดตามความรุนแรงของความปวดแบบขั้นบันได คือขั้นที่ 1 ความปวดน้อยถึงปานกลางให้ยากลุ่ม non opioids โดยร่วมกับยาเสริมตามอาการ ขั้นที่ 2 ความปวดปานกลางถึงรุนแรงให้ยากลุ่ม weak opioids โดยให้ยากลุ่ม non opioids และยาเสริมร่วมด้วย ขั้นที่ 3 ความปวดรุนแรงมาก ให้ยากลุ่ม strong opioids โดยให้ยากลุ่ม non opioids และยาเสริมร่วมด้วย (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย,2556).

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่เพียงทำให้การรับรู้สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ยังส่งผลให้ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหารการพยาบาล

ควรสนับสนุนการสร้างเสริมสมรรถนะด้วยการสร้างมาตรฐานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อเสริมความรู้เพิ่มทักษะการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ให้สามารถดูแลตนเองได้ และเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับนโยบายของประเทศ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

โปรแกรมการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งโปรแกรมเป็นนวตกรรมช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อมั่น และได้ฝึกทักษะจนสามารถไปดูแลตนเองที่บ้านได้ การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายลดลง การศึกษาครั้งนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาการรับรู้ในสมรรถนะตนเองของผู้ป่วย ด้วยการบูรณาการความรู้และวิธีการให้ความรู้ ความเข้าใจและการฝึกทักษะต่าง ๆ โดยมุ่งให้มีความรู้ในการกระทำ ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและสามารถนำกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพของชีวิตที่เหลืออยู่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Implications for further studies)

ควรขยายการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. อักษรกรุงเทพมหานคร.

กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์ ; 2555. จอนผะจง เพ็งจาด.

บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี กรุงเทพฯ ปีที่

30 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2557.

จิรภา หงส์ตระกูลและคณะ. (2556). แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.

ทิศนา แขมณี. (2547). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ: กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุศยมาส ชีวสกุลยงและคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care.พิมพ์ครั้งที่ 1.บริษัทกลางเวียงการพิมพ์,เชียงใหม่

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย,อิศรางค์ นุชประยูร,พรเลิศ ฉัตรแก้วและฉันชาย สิทธิพันธุ์. (2551). การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย.อักษรสัมพันธ์,กรุงเทพฯ

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาวะโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ,2555

พรทิพย์พา ธิมายอม. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง,พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤษภาคม, 2556 บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ เชียงใหม่

วราภรณ์ อ่อนอนงค์. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด.คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(๒๕๖๓) นิยามปฏิบัติการ(Operational definition)ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.(2556). แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

Adriaansen, M.J.M., & Van Achterberg, T. (2008). The content and effects of Palliative care courses for nurses: A literature review. International Journal Of Nursing Studies, 48, 471-485.

Bandura, A. Social Learning Theory. New Jersy: Englewood Cliffs. 1997. 7. Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company

Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York : Academic Pres; 1988.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sullivan,E.,&Decker,P. (2005). Effective leadership and management in nursing. 6th ed. New Jersey : Pearson Education.

W.H.O.(1990). Cancer pain relief and palliative care. Geneva : Repor