

The Effect of Mental Support during Pre-treatment and Follow-up in Patients with Head and Neck Cancer Who Visited for Having Standard Treatment Plan at Tumor Clinic, Siriraj Hospital

Banjarat Janfag*, Pornchai O-charoenrat**, Paiboon Sureepong***, Peerasak Chotrakarnkij**, Thanit Hirankhup*, Kanokporn Thamapala*, Tippawan Gerdsuriwong*

*Siriraj Cancer Center, **Department of Surgery, ***Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2021;14(3) : 14-23

Abstract

Objective: The Effect of Mental Support during Pre-treatment and Follow-up in Patients with Head and Neck Cancer who visited for having standard treatment plan at Tumor Clinic, Siriraj Hospital, for identify the cause of treatment rejection and levels of stress in each patient were assessed before and after the visits.

Methods: To study patients with head and neck cancer, aged between 18-75 years at the Tumor Clinic, who have the primary treatment plan amount 120 cases that compared to control group from database of the Tumor Clinic in 2014 amount 120 cases. In the study group, patients were interviewed by using the Mental Support during Pre-treatment and Follow-up specifically designed questionnaires, stress assessment form and Rosenberg's self-esteem assessment form. The statistics were analyzed by Student's t-test, Chi-Square test and McNemar's test.

Results: The study group found that 109 (90.8%) of patients received treatment, meanwhile 11 (9.2%) of patients did not receive treatment, the control group found that 102 (85%) of patients received treatment, meanwhile 18 (15%) of patients did not receive treatment. By comparing from 2 group, the study found that the number of patients, who received the treatment was difference but no statistically significant. The reasons for not receiving the treatment were fear of the treatment 46%, including, poor physical condition 20%, chosen an alternative medicine 20%, problem of financial 7% and no caregiver during the treatment 7%. There was difference but no statistically significant between the assessment of stress of patients before and after the examination. The self-esteem was no difference.

Conclusion: The Effect of Mental Support during Pre-treatment and Follow-up result in the patients, who received the treatment was difference but no statistically

significant. However, the process of patient follow-up induces the patients who receive care for a better quality of life. Therefore, periodical follow-up made to know and help the patients to resolve the problem for them. This will result in patients receiving treatment as planned.

Keywords: preparation process; follow-up; follow the treatment plan; patients with head and neck cancer

Correspondence to: Tippawan Gerdsuriwong

Email: nungning112@gmail.com

Received: 25 July 2020

Revised: 2 March 2021

Accepted: 5 April 2021

<http://dx.doi.org/10.33192/Simedbull.2021.22>

การศึกษาผลของกระบวนการเตรียมความพร้อม เพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจใน ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่หน่วยตรวจทูเมอร์ คลินิกที่มีแผนการรักษาหลัก โรงพยาบาลศิริราช

บัญญัติ จันทรพิภ* , พรชัย โอเจริญรัตน์** , ไพบุลย์ สุรีย์พงษ์*** , พิรศักดิ์ ฉอตระการกิจ** ,
ฐานิต หิรัญคุปต์* , กนกพร ธรรมपालะ* , ทิพวรรณ เกิดสุริวงศ์*

*สถานวิทยามะเร็งศิริราช, **ภาควิชาศัลยศาสตร์, ***ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจในผู้ป่วย
มะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่หน่วยตรวจทูเมอร์คลินิกที่มีแผนการรักษาหลัก เพื่อหาสาเหตุที่ไม่ไปรับการรักษา และประเมินความเครียด
ของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการตรวจ

วิธีการศึกษา: ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอ อายุ 18 - 75 ปี ที่หน่วยตรวจทูเมอร์คลินิกซึ่งมีแผนการรักษาหลัก จำนวน
120 ราย เทียบกับกลุ่มควบคุม คือ ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มดังกล่าวจากฐานข้อมูลสถิติทูเมอร์คลินิก ปี 2557 จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่
ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลและติดตามผู้ป่วย แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg
Self-Esteem Scale) สถิติที่ใช้ คือ t-test, Chi-square test และ McNemar's test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาไปรับการรักษาดังแผนการรักษา 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.8 และไม่ไปรับการรักษาคือ 11 ราย
คิดเป็น ร้อยละ 9.2 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไปรับการรักษาดังแผน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 85 และไม่ไปรับการรักษาคือ 18 ราย คิดเป็นร้อย
ละ 15 เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่า จำนวนผู้ป่วยไปรับการรักษาดังแผนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ไปรับการ
รักษาส่วนใหญ่กล่าวถึงการรักษา ร้อยละ 46 รองลงมา ได้แก่ สภาพร่างกายไม่แข็งแรง ไปใช้บริการแพทย์ทางเลือก มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และ
ไม่มีผู้ดูแลระหว่างเข้ารับการรักษาร้อยละ 20, 20, 7 และ 7 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความเครียดก่อนและหลังเข้ารับการตรวจต่าง
กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังเข้ารับการตรวจในผู้ป่วยกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างกัน

สรุป: กระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจ มีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาดัง
ตามแผนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการติดตามดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ
ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการติดตามเยี่ยมเป็นระยะเพื่อทราบและช่วยแก้ไขปัญหาลูกป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ
รักษาดังแผนที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: กระบวนการเตรียมความพร้อม; การติดตาม; การไปเข้ารับการรักษาดังแผน; ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรค NCDs (Non-communicable diseases: กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่ไม่สามารถแพร่กระจายโรคจากคนสู่คนได้) อาจเรียกว่า กลุ่มโรคเรื้อรัง คือ โรคที่เกิดต่อเนื่องยาวนาน และมีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ¹ ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษามีมูลค่าสูง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ ยังส่งผลกระทบต่อด้านสภาพจิตใจ เพราะโรคมะเร็งคือ กลุ่มของโรคที่เซลล์มีการเจริญเติบโตแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์รวดเร็วและมากกว่าปกติ จากความผิดปกติที่ DNA หรือสารพันธุกรรมทำให้เกิดก่อนเนื้อผิดปกติ² ทำให้รูปร่างและการทำหน้าที่ของอวัยวะเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะโรคมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากรอยโรคที่เห็นชัดจากภายนอก และต้องปรับการใช้ชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เครียด หงุดหงิดง่าย ท้อแท้หมดกำลังใจ สูญเสียภาพลักษณ์³ และส่งผลต่อไปยังคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงญาติด้วย

สถานวิทยามะเร็งศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้บริการหน่วยตรวจทิวเมอร์คลินิก (Tumor Clinic) เพื่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซับซ้อน ต้องการวางแผนการรักษาที่ชัดเจนและรวดเร็ว โดยจะมีการติดตามและบันทึกสถิติไว้ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ไปรับการรักษาตามแผน ซึ่งสันนิษฐานว่า อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่มีความหวัง กำลังใจที่จะรับการรักษาต่อ หรือมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ซึ่งการสันนิษฐานนี้ไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดยืนยัน เนื่องจากไม่มีการติดตามผู้ป่วยที่เป็นระบบและชัดเจน

จากบทความของ ศรีธรรม ธนะภูมิ⁴ กล่าวว่า นอกจากสภาพแวดล้อมทางครอบครัว กำลังใจจากญาติแล้ว แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นความทุกข์ทรมานใจในการเผชิญกับโรคร้ายแรงและคุกคามชีวิตไปได้ ชิชญ พันธุ์เจริญ⁵ ได้เน้นย้ำถึงการให้ความสำคัญกับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจในทุกๆ ระยะของโรคแม้แต่ในระยะท้ายๆ ฤชญา สังข์มณีจินดา และคณะ⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมทางการแพทย์แบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผลของโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรู้ในการจัดการอาการมีความมั่นใจและมีกำลังใจ รวมถึงแรงบันดาลใจในการจัดการอาการสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงของการเจ็บป่วยได้ส่งผลทำให้มีความหวังเพิ่มขึ้น และรัชนิกร ใจคำสีบ⁷ ศึกษาโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการปรับตัวเพื่ออยู่กับโรค ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสามารถดูแลตนเองในการจัดการอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวล ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งจะมีผลในการเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการสอนและการติดต่อสื่อสารได้มากขึ้น พบว่า ผลของโปรแกรมสามารถลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับและช่วยให้เลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดทำกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจที่จะไปรับการรักษาตามแผน รวมถึงหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษา เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่หน่วยตรวจทิวเมอร์คลินิกที่มีแผนการรักษาหลัก และวัตถุประสงค์รองเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาตามแผน และเพื่อประเมินความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการตรวจที่หน่วยตรวจ

นิยามศัพท์

หน่วยตรวจ หมายถึง หน่วยตรวจทิวเมอร์คลินิก สถานวิทยามะเร็งศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นการประชุมของทีมแพทย์สหสาขา ได้แก่ แพทย์ที่ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา แพทย์สาขาวิชาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา และสาขาวิชารังสีรักษา เพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการของโรคซับซ้อน ต้องการวางแผนการรักษาที่ชัดเจนและรวดเร็ว ให้บริการทุกวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 13.00 น. เป็นต้นไป

โรคมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอ หมายถึง โรคมะเร็งที่อวัยวะบริเวณศีรษะและลำคอ เช่น มะเร็งช่องปาก และมะเร็งหลังโพรงจมูก เป็นต้น

กระบวนการ หมายถึง กระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจ (Intervention) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

Intervention ครั้งที่ 1 สอนเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกายและใจเพื่อรับการรักษา ณ หน่วยตรวจ

Intervention ครั้งที่ 2 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ภายใน 7 วันหลังเสร็จสิ้นการตรวจที่หน่วยตรวจ

Intervention ครั้งที่ 3 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ภายใน 3 วันหลังเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาหลักครั้งแรก

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่หน่วยตรวจที่มีแผนการรักษาหลัก เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษา และเพื่อประเมินความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการตรวจที่หน่วยตรวจ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ก่อนและหลังทำการรักษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่หน่วยตรวจหูคอจมูกคลินิกที่มีแผนการรักษาหลัก (มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และรังสีรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน โดยอาจทำการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชหรือสถานพยาบาลอื่น)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่หน่วยตรวจที่มีแผนการรักษาหลัก อายุ 18-75 ปี ทั้งรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชหรือสถานพยาบาลอื่น โดยการดึงข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังตามเกณฑ์การวิจัยจากฐานข้อมูลสถิติผู้ป่วยหูคอจมูกคลินิก สถานวิญญามะเร็งศิริราช ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 จนครบจำนวน 120 ราย

กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่หน่วยตรวจที่มีแผนการรักษาหลัก อายุ 18-75 ปี ทั้งรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชหรือสถานพยาบาลอื่น เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 23 มีนาคม 2560 ถึงวันที่ 25 มกราคม 2561 จำนวน 120 ราย

การได้มาของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% คำนวณโดยใช้โปรแกรม n4Studies ซึ่งฟังก์ชันที่ใช้ในการคำนวณเป็น Two independent proportions^{8, 9, 10} และได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยด้วย ดังนั้น จึงได้จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มละ 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(ใช้เฉพาะกับผู้ป่วยกลุ่มศึกษา) แบ่งเป็น ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ กระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจ ประกอบด้วย Intervention ทั้งหมด 3 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลและติดตามผู้ป่วย พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ใช้บันทึกข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ข้อมูลด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ และใช้ติดตามการรักษาของผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹¹ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินจากเจ้าของเครื่องมือ ใช้ประเมินความเครียดก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจ จำนวน 5 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ (คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ) การแปลผล ได้แก่ คะแนน 0-4 หมายถึง เครียดน้อย คะแนน 5-7 หมายถึง เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 หมายถึง เครียดมาก คะแนน 10-15 หมายถึง เครียดมากที่สุด

2.3 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก

ฉบับแปลภาษาไทย¹² ซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินจากเจ้าของเครื่องมือ ใช้ประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผล¹³ หากคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากนักจิตวิทยา และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (COA no. SI595/2016) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เชิญอาสาสมัคร/ผู้ร่วมวิจัยด้วยการติดต่อประกาศตามหน่วยตรวจที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีอาสาสมัคร/ผู้ร่วมวิจัยสนใจเข้าร่วมโครงการ พยาบาลประจำหน่วยตรวจจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ และผู้วิจัยจะทำการอธิบายรายละเอียดโครงการและขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ และให้อาสาสมัคร/ผู้ร่วมวิจัยที่สนใจลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มประชากรใช้ t-test การติดตามการรักษาของผู้ป่วยใช้ Chi-Square test และการวิเคราะห์ความแตกต่างความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการรักษาใช้ McNemar's test

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม

ดึงข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่มีแผนการรักษาหลักจากฐานข้อมูลสถิติผู้ป่วยหูคอจมูกคลินิก ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 จนครบจำนวน 120 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่มีการศึกษา อาชีพ ข้อมูลด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ สาเหตุการไม่ไปรับการรักษาตามแผนในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา และไม่มีข้อมูลการทำแบบประเมินความเครียดและการเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้ จะมีเพียงข้อมูลเพศ อายุ และข้อมูลการไปติดตามการเข้ารับการรักษาตามแผนเท่านั้น

กลุ่มศึกษา

1. ติดต่อประกาศและรับสมัครอาสาสมัคร/ผู้ร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย
2. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเน้นย้ำถึงการไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย จากนั้นให้อาสาสมัคร/ผู้ร่วมวิจัยที่สนใจแสดงเจตนายินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (consent form)

3. บันทึกข้อมูลพื้นฐาน และให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความเครียดและแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนเข้ารับการรักษา (ช่วงเช้า) (ประเมินครั้งที่ 1)

4. สอนเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกายและใจเพื่อการรักษา (Intervention ครั้งที่ 1) โดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นการสอนรายกลุ่ม ณ หน่วยตรวจหูคอจมูก (ช่วงบ่าย) ระหว่างรอพบทีมแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที โดยเนื้อหาในการสอนเริ่มจากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและโอกาสในการรักษา เพื่อให้หายจากโรค ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการรักษา ทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา โดยชี้ให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญของสุขภาพกายและใจที่มีผลในการกำหนดโอกาสเลือกการรักษาได้อย่างอิสระ เป็นตัวส่งเสริมป้องกันผลข้างเคียงของโรค รวมถึงส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษา และที่สำคัญคือเป็นหนึ่งในกลไกของการรักษาโรค เน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติมีการตั้งเป้าหมายในการรักษา เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยภายหลังเสร็จสิ้นการสอน ได้มีการให้เบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อกลับได้ทุกเวลาหากต้องการคำแนะนำ/ความช่วยเหลือ พร้อมแจกคู่มือให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

5. หลังเสร็จสิ้นการตรวจให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความเครียดและแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองอีกครั้งหลังเข้ารับการรักษา (ช่วงบ่าย) (ประเมินครั้งที่ 2) เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับประเมินก่อนเข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นการประเมินในวันเดียวกันกับช่วงก่อนเข้ารับการรักษาแต่คนละช่วงเวลา (ก่อนและหลังเข้าพบทีมแพทย์ที่หน่วยตรวจ)

6. โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ภายใน 7 วันหลังเสร็จสิ้นการตรวจที่หน่วยตรวจ (Intervention ครั้งที่ 2) เพื่อทบทวนและทำความเข้าใจถึงแผนการรักษา ลำดับขั้นตอนในการทำตามแผนการรักษา รวมถึงการเสริมสร้างกำลังใจ ความมั่นใจในการทำตามแผนการรักษา และสอบถามถึงสิ่งที่รบกวนต่อการรักษา เช่น ปัญหาสุขภาพ และด้านการเงินเพื่อประสานช่วยเหลือ เป็นต้น ซึ่งอาจมีคำแนะนำและประสานช่วยเหลือเฉพาะกรณี

7. โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ภายใน 3 วันหลังเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาหลักครั้งแรก (Intervention ครั้งที่ 3) เพื่อติดตามการไปเข้ารับการรักษาตามแผน (กล่าวคือ ผู้ป่วยได้ไปเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาหลักอย่างใดอย่างหนึ่งเฉพาะครั้งแรก ซึ่งอาจได้รับการรักษาตามแผน หรืออาจมีการปรับแผนการรักษาโดยแพทย์ จะไม่นับรวมกรณีที่ผู้ป่วยไปรับการรักษาแล้วแต่ไม่ไปเข้ารับการรักษาตามนัดหมาย หรือแสดงความประสงค์ขอปฏิเสธการรักษา) และทำการบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทั้ง 2 ครั้งลงในแบบฟอร์ม หากพบว่าผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาตามแผน ผู้วิจัยจะสอบถามถึงเหตุผล ให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนการตัดสินใจอีกครั้ง รวมถึงประสานช่วยเหลือกรณีมีปัญหา

8. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มศึกษา จำนวน 120 ราย ในส่วนของข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.7 อายุเฉลี่ย 57.8 ปี (\pm SD 10.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี อาชีพ ทำไร่ ทำนา ทำสวน และรับจ้างทั่วไป โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,489 บาท รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 34,183 บาท ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 120 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 56.8 ปี (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการต่อการไปเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาหลักของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา พบว่า ผู้ป่วยไปรับการรักษาตามแผน จำนวน 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.8 และไม่ไปรับการรักษา จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.2 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไปรับการรักษาตามแผน จำนวน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 85 และไม่ไปรับการรักษา จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาตามแผนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ไม่ไปรับการรักษาตามแผนทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามถึงสาเหตุและปัญหาที่ไม่ไปรับการรักษาตามแผน (บางรายมีมากกว่า 1 เหตุผล) จากผลการติดตามพบว่า ส่วนใหญ่กลัวการรักษา ร้อยละ 46 รองลงมา ได้แก่ สภาพร่างกายไม่แข็งแรง ไปใช้บริการแพทย์ทางเลือก มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และไม่มีผู้ดูแลระหว่างเข้ารับการรักษา ร้อยละ 20, 20, 7 และ 7 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ ข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะมีข้อมูลในบางส่วนเท่านั้นที่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้ เนื่องจากการดึงข้อมูลย้อนหลัง ได้แก่ เพศ อายุ และการไปเข้ารับการรักษาตามแผน

การประเมินความเครียดก่อนและหลังเข้ารับการรักษา พบว่า จากผลการประเมินก่อนเข้ารับการรักษา จำนวน 120 ราย พบว่าระดับเครียดปานกลาง-มากที่สุด ร้อยละ 25.8 และผลการประเมินหลังเข้ารับการรักษา จำนวน 118 ราย ร้อยละ 28.0 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังเข้ารับการรักษา พบว่า จากผลการประเมินก่อนเข้ารับการรักษา ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองมาก-มากที่สุด จำนวน 120 ราย ร้อยละ 95.8 และหลังเข้ารับการรักษา จำนวน 118 ราย ร้อยละ 95.8 ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและการติดตามเพื่อให้กำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่มีแผนการรักษาหลักที่หน่วยตรวจ ผลการศึกษาเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า จำนวนผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาตามแผนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผลการศึกษาไม่มีนัยสำคัญอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในการดูปัจจัยในอดีตจากการทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มควบคุม หรืออาจมีจุดของ

Intervention ใดที่อาจทำให้ผลเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมไม่มีนัยสำคัญ อธิบายได้ดังนี้

การสอนเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกายและใจเพื่อรับการรรักษา (Intervention ครั้งที่ 1) โดยพยาบาลวิชาชีพ เป็นการสอนรายกลุ่ม ณ หน่วยตรวจหามะเร็งคลินิกระหว่างรอเข้าพบทีมแพทย์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15 นาทีหรือน้อยกว่าในบางรายเมื่อผู้ป่วยถึงคิวต้องเข้าพบทีมแพทย์หรือผู้ป่วยบางรายมาช้า ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาได้ชัดเจนต้องปรับตามสถานการณ์ของคลินิก นอกจากนี้เนื่องจากพยาบาลในคลินิกมีเพียงคนเดียวซึ่งต้องดูแลการบริการของคลินิกและการทำการสอนในคราวเดียวกัน ในขั้นตอนนี้ค่อนข้างมีเวลาที่จำกัด และในด้านของเนื้อหาที่ไม่มีการใช้สื่อการสอนที่ชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น โดยงานวิจัยของเพ็ญศรี จะนุ¹⁴ พบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้วยสื่อวีดิทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น การใช้สื่อการสอนทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย โดยผู้วิจัยช่วยเป็นสื่อกลางในการสอบถามจากแพทย์ ทำให้เพิ่มความพึงพอใจและความเข้าใจ มั่นใจต่อการรักษามากขึ้น และงานวิจัยของอรุวรรณ ทรรศวรรฤทธิ์¹⁵ พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคนิวที่เข้ารับการรักษาด้วยคลื่นความถี่สูงหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการรักษาด้วยคลื่นความถี่สูงมีความพึงพอใจอยู่ระดับมาก ทำให้วิเคราะห์ได้ว่า การสอนเตรียมความพร้อมฯ ในการวิจัยครั้งนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีสื่อการสอนที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีเวลาจำกัด ไม่มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามรายละเอียดต่างๆ เพิ่มเติม อันจะเป็นโอกาสให้ได้รับทราบสาเหตุที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจรับการรักษาและพิจารณาหาแนวทางช่วยเหลือ ซึ่งจะส่งผลต่อจำนวนการเข้ารับการรักษาตามแผนได้

การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ภายใน 7 วันหลังเสร็จสิ้นการตรวจที่หน่วยตรวจ (Intervention ครั้งที่ 2) ในขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนและทำความเข้าใจถึงแผนการรักษา การทำนัดหมายต่างๆ สอบถามถึงสิ่งที่รบกวนต่อการรักษา เช่น ปัญหาสุขภาพ หรือด้านการเงินเพื่อประสานช่วยเหลือเฉพาะกรณี เป็นต้น การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมถือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้ทบทวนแผนการรักษา ทบทวนการนัดหมาย และมีที่ปรึกษาในด้านต่างๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงทอง อธิระทองคำ และคณะ¹⁶ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านปกติ

การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ภายใน 3 วันหลังเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาหลักครั้งแรก (Intervention ครั้งที่ 3) เป็นการติดตามการเข้ารับการรักษาตามแผน ขั้นตอนนี้จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาตามแผนหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาตามแผน ผู้วิจัยจะสอบถามถึงเหตุผล ให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนการตัดสินใจอีกครั้ง และได้ช่วยประสานงานเพื่อ

แก้ไขปัญหา การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมโดยพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการให้เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อได้ตลอดเวลาหากต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำหรือต้องการกำลังใจ เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการกำลังใจจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ อันจะมีบทบาทสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นความทุกข์ทรมานใจในการเผชิญกับโรคร้าย สอดคล้องกับบทความของศรีธรรม ธนะภูมิ⁴ พบว่า นอกจากสภาพแวดล้อมทางครอบครัว กำลังใจจากญาติแล้ว แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นความทุกข์ทรมานใจในการเผชิญกับโรคร้ายแรงและคุณภาพชีวิตไปได้ไม่ว่าผลของการรักษาจะเป็นเช่นไรก็ตาม และขณะที่ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม พบว่ามีผู้ป่วยและญาติบางรายรู้สึกขอบคุณที่บุคลากรทางการแพทย์ได้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อสอบถามอาการหลังเข้ารับการรักษาพร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับงานวิจัยของนันทกาญจน์ ปักษี และคณะ¹⁷ พบว่า ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับญาติผู้ดูแล มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับตามมาตรฐาน

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาตามแผน จากการศึกษาพบว่า กลัวการรักษา สภาพร่างกายไม่แข็งแรง ไปใช้บริการแพทย์ทางเลือก มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และไม่มีความรู้และระหว่างการรักษาตามลำดับ ซึ่งหากได้มีการคัดกรองและช่วยในการประสานงานเพื่อแก้ไข อาจส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นได้ จึงควรมีการประเมินให้ชัดเจนและให้ความสำคัญในการประสานงานแก้ไขตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคมะเร็ง

การประเมินความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษานี้พบว่ามีผลต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษานี้พบว่ามีผลต่างกัน ทั้งนี้ในส่วนของ การประเมินความเครียดและการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยทำการประเมินในวันเดียวกัน ซึ่งการประเมินก่อนเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจจะประเมินในช่วงเช้าก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และการประเมินหลังเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจจะประเมินช่วงบ่ายในวันเดียวกันหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษากับทีมแพทย์ ซึ่งระยะเวลาในการประเมินความเครียดและการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังห่างกันเพียงไม่กี่ชั่วโมงเท่านั้น อาจไม่ได้ประสิทธิผลเท่าที่ควร และการทำแบบประเมินก่อนและหลังเป็นเพียงการวัดก่อนและหลังของ Intervention ครั้งที่ 1 เท่านั้น ไม่ได้วัดหลังจบ Intervention ครบทั้ง 3 ครั้ง ทำให้ไม่สามารถยืนยันได้ว่ากระบวนการจะทำให้ลดความเครียดหรือทำให้ผู้ป่วยมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น แต่แสดงให้เห็นว่า สามารถควบคุมความเครียดของผู้ป่วยได้อยู่ในภาวะการเผชิญโรคร้ายไม่ให้เกิดภาวะตื่นตระหนกได้

อนึ่ง ผลที่ตามมาจากการวิจัยครั้งนี้ คือมีการกำหนดแผนการให้บริการ รวมถึงบันทึกสถิติการติดตามผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน

และครบถ้วนมากขึ้น ซึ่งสถิติดังกล่าวจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลต่อยอดในการทำวิจัยอื่นๆ ได้ อีกทั้งจากการที่มีการติดตามผู้ป่วยภายหลังออกจากหน่วยตรวจ ยังทำให้ผู้ป่วยบางส่วนที่ปฏิเสธการรักษา ยังมีโอกาสได้เข้ารับการดูแลรักษาตามอาการได้อย่างเหมาะสม และทำให้มีระบบการติดตามผู้ป่วยได้ครอบคลุม ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยด้วย

สรุป

กระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการรักษาและติดตามเพื่อให้กำลังใจ มีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตามแผนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการติดตามดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามสภาวะของโรคและบริบทของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการติดตามเยี่ยมเป็นระยะเพื่อทราบและช่วยแก้ไขปัญหาลูกป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนที่วางไว้

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มควบคุมเป็นการดึงข้อมูลย้อนหลังที่มีเก็บไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งขาดข้อมูลในหลายปัจจัย เช่น การศึกษา สถานภาพ อาชีพ เศรษฐฐานะ การประเมินความเครียดและการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ทำให้ไม่มีข้อมูลบางส่วนนำมาเปรียบเทียบในกลุ่มศึกษา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจมีผลต่อการตัดสินใจไปรับการรักษาตามแผน ทั้งนี้ ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมหากทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในช่วงเวลาใกล้เคียงกันโดยไม่ใช้การดึงข้อมูลย้อนหลัง อาจสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ผลของกระบวนการและเห็นความแตกต่างได้มากขึ้น อีกทั้ง การสอนเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกายและใจเพื่อรับการรักษา (Intervention ครั้งที่ 1) เป็นการสอนรายกลุ่ม และมีเวลาที่จำกัด มีพยาบาลประจำหน่วยตรวจเพียงคนเดียว ซึ่งต้องทำการสอนพร้อมทั้งแก้ปัญหาหน้างาน (ถ้ามี) ในส่วนของการทำแบบประเมินความเครียดและการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังระยะเวลาการทำแบบประเมินต่างกัน เพียงไม่กี่ชั่วโมง เป็นเพียงการประเมินก่อนและหลังเข้าพบทีมแพทย์เท่านั้น ดังนั้นหากจะนำไปใช้คงต้องปรับให้เหมาะสมกับสภาพการให้บริการของแต่ละหน่วยตรวจหรือสถานพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล บริหารจัดการโดยหน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ อ. นพ. อัครินทร์ นิมมานนิตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยที่ให้คำแนะนำ ให้แนวคิด ตรวจสอบแก้ไข และช่วยเหลือในทุกๆ ด้านในการทำวิจัย ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณ รศ.ดร. นพ.วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล ผศ. พญ.สุวนิตย์ ธีระศักดิ์วิเชียร และอ. พญ.สมศรี ลายธีระพงศ์ ที่ปรึกษาวิจัย ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุนการดำเนินการวิจัย อำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ

และเป็นที่ยอมรับในทุกๆ เรื่องระหว่างดำเนินการวิจัย

ขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่ผลักดัน สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการขอทุนสนับสนุนโครงการวิจัย ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาในทุกๆ ด้านระหว่างดำเนินการวิจัย

ขอบคุณ นายกิริติ บรรณกุลโรจน์ ที่ให้คำแนะนำเรื่องแบบสอบถามและแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล นายศราวุธ แดงมาก นายสิทธิศักดิ์ รักชุมแก้ว นางจิรภา เกิดนพคุณ และนางสาวรัชชสุดา เทพไฟ ที่ให้การช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจทุเมอรัลคลินิก สถานิยามะเร็งศิริราช ที่ให้การสนับสนุนและให้การช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจโรคหูด จมูก ตี๊กผู้ป่วยนอก ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้การสนับสนุนสถานที่ในการดำเนินการเก็บข้อมูล และขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรชัย นกดี. NCDs: โรคร้ายที่เราสร้างเอง [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/Content/23880-NCDs%20:%20โรคร้ายที่เราสร้างเอง%20.html>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มะเร็ง คืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nci.go.th/In/Knowledge/whatis.html>
- นัยนาพร พิพัฒน์พงศ์. แนวทางการดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งของศีรษะและคอ. Rama Nurs J 2549;12(2):180-188.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. ภาวะจิตสังคมของการเจ็บป่วย (Psychosocial aspect of illness) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generaldoctor/05302015-1735>
- วิชญ์ พันธุ์เจริญ. การสื่อสารสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง. ใน: วิชาญ พันธุ์เจริญ, จรุงจิตร์ งามไพบลีย์, บรรณาธิการ. คู่มือทักษะการสื่อสารสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2552. หน้า 50-54.
- กฤษณา สังขมณีจินดา, กิตติกร นิลมานันต์, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ย. 2563]; 28(3):หน้า 32-42. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/User/Downloads/15744-Article%20Text-33997-1-10-20140123%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/15744-Article%20Text-33997-1-10-20140123%20(1).pdf)
- รัชนิกร ใจสืบคำ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารโรคมะเร็ง [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2559];29(4):หน้า 152-61. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nci.go.th/th/8urnal/File/Download/pp2.pdf>
- Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbury: Thomson Learning; 2000.
- Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. 3rd ed. Hoboken, New jersey: John Wiley & Sons; 2003.
- Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4studies: Sample size and power calculations for iOS. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program – The Thailand Research Fund&Prince of Songkla University; 2014.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด (ST-5) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.พ. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/test/qtest5/>
- รูปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล. แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก. ใน: สุชีรา ภักทรายุทธวรรณี, ผู้นิพนธ์. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย; 2545. หน้า 484-485.
- ประคอง กรรณสูต. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&id=539909325>
- เพ็ญศรี จະนุ. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต่อระดับความรู้และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด หู คอ จมูก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. TUH Journal online

2561; 3: 47-65.

15. อรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับ การสลายนิ่วด้วยเครื่องสลายนิ่วคลื่นความถี่สูง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.srth.moph.go.th/region11_journal/document/Y31N4/7.pdf

16. แสงทอง ชีระทองคำ, ณีฐิรา ประสาทแก้ว, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. ผลของโปรแกรม

การเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม สุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. Rama Nurs J 2557; 20(3): 356-371.

17. นันทกาญจน์ ปักษี, ยูพาพันธ์ ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, สิริรัตน์ ลีลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะ เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. Rama Nurs J 2559; 22(3): 65-80.

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มศึกษา		p-value
	จำนวน (%)		จำนวน (%)		
เพศ					
ชาย	90	(75%)	98	(81.7%)	0.273
หญิง	30	(25%)	22	(18.3%)	
อายุ					
ค่าเฉลี่ย (SD)	56.8		57.8 (±10.5)		0.942
ค่ามัธยฐาน (Median)	59		60		
รวม	120 (100%)		120 (100%)		
สถานภาพ					
สมรส	-		75 (62.5%)		-
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	-		103 (85.8%)		-
อาชีพ					
ทำไร่ ทำนา ทำสวน และรับจ้างทั่วไป	-		42 (35.0%)		-
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-		24 (20.0%)		-
รายได้ต่อเดือน					
ค่าเฉลี่ย (±SD)	-		12,489 (±13,918)		-
ค่ามัธยฐาน (Median)	-		9,000		-
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					
ค่าเฉลี่ย (±SD)	-		34,183 (±96,205)		-
Median	-		20,000		-
สิทธิการรักษา					
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	-		80 (67.0%)		-
ข้าราชการ	-		25 (20.3%)		-
ที่พักอาศัยปัจจุบัน					
ต่างจังหวัด	-		61 (50.8%)		-
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	-		57 (47.5%)		-
รวม	-		118*		(100%)

หมายเหตุ: *ผู้ป่วยที่หายไป 2 ราย เนื่องจากช่วงป่วย (หลังเข้าพบทีมแพทย์) ผู้ป่วยมีนัดตรวจที่อื่นด่วน ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

ตารางที่ 2 ผลการติดตามการเข้ารับการรักษาตามแผนฯ

การเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา	กลุ่มควบคุม (n= 120)	กลุ่มศึกษา (n= 120)	p-value
ไปเข้ารับการรักษาตามแผนฯ	102 (85.0%)	109 (90.8%)	0.166
ไม่ไปเข้ารับการรักษาตามแผนฯ	18 (15.0%)	11 (9.2%)	

ตารางที่ 3 สาเหตุที่ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาไม่ไปเข้ารับการรักษาตามแผน (n= 11)

สาเหตุ	จำนวน (%)
กลัวการรักษา	7 (46%)
สภาพร่างกายไม่แข็งแรง	3 (20%)
ไปใช้บริการแพทย์ทางเลือก	3 (20%)
มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย	1 (7%)
ไม่มีผู้ดูแลระหว่างเข้ารับการรักษา	1 (7%)

หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 ราย สามารถตอบได้มากกว่า 1 เหตุผล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความเครียดและการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังเข้ารับการวางแผนการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา

ตัวแปร	ก่อน (n= 120)	หลัง (n= 118)*	p-value
ความเครียด			0.581
เครียดน้อย	89 (74.2%)	85 (72.0%)	
เครียดปานกลาง-มากที่สุด	31 (25.8%)	33 (28.0%)	
การเห็นคุณค่าในตนเอง			1.000
น้อย-ปานกลาง	5 (4.2%)	5 (4.2%)	
มาก-มากที่สุด	115 (95.8%)	113 (95.8%)	

หมายเหตุ: *ผู้ป่วยที่หายไป 2 ราย เนื่องจากช่วงป่วย (หลังเข้าพบทีมแพทย์) ผู้ป่วยมีนัดตรวจที่อื่นด่วน ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้