

ผลของโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลต่อความรู้และทักษะในการดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดที่บ้าน*

สมจิน ยะหัวฝ่าย พย.ม.**

ผ่องศรี ศรีมรกต พย.ด.***

เกศศิริ วงษ์คงคำ ปร.ด.****

เชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์, พ.บ, ป.ชั้นสูง, ว.ว. (ศัลยศาสตร์), MHPE., Ph.D.*****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดที่บ้าน

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อน-หลังทดลองแบบสองกลุ่ม

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ 31 คู่ และกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแล 29 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแคว์ การทดสอบทีอิสระ สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อวัดซ้ำ และสถิติเปรียบเทียบพหุคูณ

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 78.30 อายุเฉลี่ย 63.98 ปี (SD = 13.36) สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.30 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 45 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดที่บ้านของผู้ดูแลในระยะก่อนจำหน่ายและระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนได้รับโปรแกรมก่อนจำหน่าย และระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์แตกต่างกัน ($p < .01$, $p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ)

สรุปผลการวิจัย: โปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลช่วยให้ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์เพิ่มขึ้น พยาบาลควรนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลก่อนจำหน่ายและที่บ้าน

วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(1) 118-134

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลที่บ้าน / ความรู้และทักษะในการดูแล/ มะเร็งลำไส้ใหญ่

วันที่ได้รับ 11 เมย. 62 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 พย. 62 วันที่รับตีพิมพ์ 3 ธค. 62

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; E-mail: pongsri.sri@mahidol.ac.th

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Impacts of a Training Programme for Caregivers on Their Knowledge and Skills in Providing Home-Based Care for Postoperative Colorectal Cancer Patients*

Somjene Yahuafai, MNS.**

Pongsri Srimoragot, D.N.S.***

Kessiri Wongkongkam, Ph.D.****

Cherdsak Iramaneerat, M.D., MHPE., Ph.D.*****

Abstract:

Objective: To study the effectiveness of a caregiver training programme on their knowledge and skills in caring for colorectal cancer patients recovering at home after surgery.

Design: Two-group quasi-experimental research with a pretest and a posttest.

Methodology: For this study, 60 pairs of caregivers and colorectal cancer patients were recruited according to the inclusion criteria and divided into a control group (31 pairs) and experimental group (29 pairs). The control group was given standard care, whilst the experimental group received standard care and participated in the caregiver training programme. The data collecting instrument was the caregiving knowledge and skill assessment form. Descriptive statistics, chi-square test, independent t-test, repeated measure ANOVA, and post hoc comparison were employed for data analysis.

Results: The majority of caregivers in this study were female (78.30%). Most were married (68.30%) and averagely 63.98 years of age (SD 13.36), and 45 percent were either the patients' daughters or sons. The experimental group's mean scores on knowledge and skills before discharge and two weeks after discharge were significantly higher than those of the control group ($p < .05$). An analysis of the experimental group's performance showed significant differences in their mean caregiving knowledge and skill scores prior to training participation, before the patients' discharge, and two weeks after the patients' discharge ($p < .01$; $p < .01$; and $p < .05$, respectively).

Recommendations: The caregiver training programme could increase the participating caregivers' knowledge and skills in caring for patients before discharge and two weeks after discharge. Nurses could apply the programme to improving caregivers' knowledge and skills in pre-discharge and home-based care.

Thai Journal of Nursing Council 2020; 35(1) 118-134

Keywords: caregiver training programme; home-based care; caregiving knowledge and skills; colorectal cancer patients

Received 11 April 2019, Revised 28 November 2019, Accepted 3 December 2019

*Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

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

***Corresponding Author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University; Email: pongsri.sri@mahidol.ac.th

****Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University.

*****Associate Professor, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก¹ ในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม² การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากในวัยสูงอายุ การรักษาในปัจจุบันพิจารณาตามชนิดและระยะของโรค³ การรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้องเป็นทางเลือกหลักในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ คาดว่าในปี ค.ศ.2030 จะมีผู้ป่วยทั่วโลกได้รับการผ่าตัดจำนวน 45 ล้านราย⁴ และจากสถิติระดับประเทศพบว่าการรักษาอันดับแรกสำหรับรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ คือการผ่าตัด²

การผ่าตัดเปิดช่องท้องจะทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณผิวหนัง ลำไส้ใหญ่และอวัยวะลำไส้ใหญ่และอวัยวะภายในช่องท้อง ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ซึ่งการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องจะพบได้ในวันแรกหลังผ่าตัด⁵⁻⁸ โดยการฟื้นตัวของลำไส้เล็กอยู่ในระยะ 24 ชั่วโมง กระเพาะอาหารฟื้นตัวในระยะ 24-48 ชั่วโมงและลำไส้ใหญ่จะฟื้นตัวในระยะ 48-72 ชั่วโมง⁹⁻¹⁰ ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะมีระยะการฟื้นตัวจนกระทั่งสามารถกลับมาปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ใกล้เคียงกับระยะก่อนผ่าตัด เช่น การเดิน การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหารและการดูแลแผล^{7-8,11} ประมาณ 3-6 สัปดาห์¹¹

ในระยะฟื้นตัวหลังผ่าตัดหากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายไม่สามารถฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ American College of Surgeons¹² ระบุว่าภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำหรือเสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน ได้แก่ รอยร่วบริเวณตำแหน่งตัดต่อลำไส้ร้อยละ 1.8-44 แผลผ่าตัดติดเชื้อร้อยละ 12.4 การผ่าตัดซ้ำจากภาวะเลือดออกผิดปกติหรือจากรอยร่วบริเวณตำแหน่งตัดต่อลำไส้

ร้อยละ 6.1 และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 3.1¹² นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้ ร้อยละ 25 ได้แก่ ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่ฝึในช่องท้อง รอยร่วบริเวณตำแหน่งตัดต่อลำไส้และแผลผ่าตัดแยก⁷ ซึ่งในการส่งเสริมการฟื้นตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับความรู้และทักษะในการดูแลเรื่องการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของลำไส้หรือร่างกายหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อ การบริหารยา การจัดการอาหาร การช่วยเหลือในการดูแลแผลผ่าตัด การส่งเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด

ปัจจุบันมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟुर่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่บ้าน ดังนั้น การเตรียมพร้อมด้านทักษะและความรู้ของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากคุณภาพของการจำหน่ายและการดูแลจากผู้ดูแลที่บ้านมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ¹³ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากบุคคลที่ไม่มีความรู้หรือทักษะที่ดีพอทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะสุดท้ายช้าลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยร้อยละ 40 มีภาวะขาดน้ำและอาหารจากอาการถ่ายเหลวและความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ¹⁴ และร้อยละ 18.1 มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ รอยร่วบริเวณตำแหน่งตัดต่อลำไส้ ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด จนต้องกลับมารับการผ่าตัดซ้ำและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยร้อยละ 12.1 ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วันหลังจำหน่ายโดยมีสาเหตุจากอาการคลื่นไส้และอาเจียน แผลผ่าตัดติดเชื้อหรือแผลแยก ปวดแผลจากการคลื่นไส้และอาเจียน ภาวะลำไส้อุดตัน และภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน¹⁵ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านในระยะฟื้นฟูซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ¹⁶ ผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะที่ดีจะให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฟื้นตัวและมีชีวิตรอดในระยะยาว¹⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยกระตุ้นให้พัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ตามศักยภาพและสนับสนุนญาติให้มีส่วนร่วมเน้นการดูแลฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่บ้านสามารถเพิ่มความพร้อมให้ผู้ดูแลและเพิ่มความพึงพอใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล¹⁸ การให้ความรู้และสอนญาติในเรื่องการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลแผล การจัดการความปวดที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูและดูแลที่บ้านผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยลงและมีคะแนนเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวันที่สูงกว่าในระยะก่อนเริ่มโปรแกรมและในระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์¹⁹ โดยการวางแผนจำหน่ายที่ครอบครัวจะช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำได้ใน 6 สัปดาห์²⁰ และกระบวนการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การให้ความรู้และการติดตามหลังจำหน่ายสามารถป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹

อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อตัดต่อลำไส้และอวัยวะภายในของหน่วยงาน ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำตามกรอบ D-METHOD ในวันที่จำหน่ายกลับบ้านทำให้มีระยะเวลาในการทำความเข้าใจและพัฒนาทักษะในการดูแลจากัด รวมทั้งยังไม่มีการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย บุคลากรทางสุขภาพจึงไม่สามารถประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลตามกรอบ DO-METHODS Activity of Daily Living Index โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับวางแผนจำหน่ายและเตรียมผู้ดูแลเพื่อร่วมดูแลและมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีแบบแผน ทั้งนี้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดข้างเคียงตามชุดการเรียนรู้ ด้วยการสอนสาธิตย้อนกลับร่วมกับใช้ภาพแผ่นพลิกประกอบ เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการฟื้นตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดที่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมก่อนจำหน่าย และระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมก่อนจำหน่าย และระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

โปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลในการศึกษานี้ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model) ของ Hirschman และคณะ²² และประยุกต์ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายตามหลักการ

จำหน่าย DO-METHODS Activity of Daily Living Index ของกองการพยาบาล²³ พัฒนาเป็นชุดความรู้ 9 ชุดที่สอดคล้องกับหลักการ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เน้นการช่วยเหลือหรือกระตุ้นผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลจะส่งเสริมทักษะที่สอดคล้องกับแผนการรักษา สำหรับการเปลี่ยนผ่านแต่ละระยะทั้ง 4 ระยะที่กำหนด เริ่มตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและเตรียมจำหน่าย ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และระยะจำหน่าย 2 สัปดาห์มีขั้นตอนดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวโดยการสอนสาธิตข้างเตียง ให้ความรู้ชุดที่ 1 (D-Disease) และชุดที่ 2 (O-Operation) อธิบายความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด อาการผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด และชุดที่ 3 (E-Exercise & environment) ที่เป็นความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้บริหารและเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. ระยะหลังผ่าตัดและเตรียมจำหน่าย เป็นการฝึกทักษะการประเมินอาการ การจัดการ และการป้องกันความเสี่ยง ในระยะนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลปฏิบัติซ้ำๆ จนมั่นใจและมอบแผนพับเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน กระตุ้นให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามชุดการเรียนรู้และประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยในแต่ละระยะด้วยความรู้ชุดที่ 1-9 (DO-METHODS) และแบ่งฝึกทักษะเป็น 3 ครั้ง ดังนี้

2.1 ระยะเตรียมจำหน่ายวันที่ 1 ทบทวนความรู้ชุดที่ 1, 2 และ 3

2.2 ระยะเตรียมจำหน่ายวันที่ 2 ให้ความรู้และทักษะชุดที่ 4 การบริหารยาผู้ป่วย (M-Medication) ชุดที่ 5 การจัดการอาหารที่เหมาะสมกับโรค (D-Diet) ชุดที่ 6 การช่วยเหลือในการดูแลแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (T-Treatment) และชุดที่ 7 การส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยง (H-Health habit & behavior)

2.3 ระยะเตรียมจำหน่ายวันที่ 3 ให้ความรู้และทักษะชุดที่ 8 การประเมินอาการและการจัดการความผิดปกติ และการประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นตัว (S-Signs & symptoms management) และชุดที่ 9 การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหรือก่อนเวลากรณีมีภาวะแทรกซ้อน (O-Outpatient follow up)

3. ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้วิจัยประสานข้อมูลกับผู้ดูแลโดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายทุก 48 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 8.00-20.00 น. ใช้เวลา 15-20 นาที/ครั้ง และหากมีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่บ้าน สามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยเพื่อประเมินอาการ หรือขอคำแนะนำผ่านสัญญาณภาพเคลื่อนไหว (Line call/ VDO call) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ ยังประสานข้อมูลแก่ทีมสุขภาพด้านอาการ ความผิดปกติ และการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังสิ้นสุดกิจกรรมในหอผู้ป่วยหรือหากมีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย

4. ระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยในวันที่มาตรวจตามนัด

นอกจากนี้ ในทุกระยะของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านนั้น ผู้วิจัยจะประเมินปัญหา ความต้องการ หรือทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ปรับกิจกรรมการเรียนรู้และการดูแลให้สอดคล้องกับแผนการรักษาในแต่ละระยะ

สนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการทำการกิจกรรมร่วมกัน อีกทั้งเป็นพยาบาล พี่เลี้ยง คอยให้คำปรึกษาขณะอยู่ในโรงพยาบาลและ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (two group pretest-posttest design) การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเปิดตารางของโคเฮน²⁴ กำหนดขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ สุปรีดา มั่นคง และคณะ¹⁸ ได้ค่า effect size = 0.74, power = 0.80 และ p = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คู่ ป้องกันสูญหายโดยเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20¹⁹ รวมทั้งหมด 62 คู่ แบ่งเป็น กลุ่มละ 31 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามหลัก D-METHOD ทั้งหมด 31 คู่ และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการ เตรียมผู้ดูแลร่วมกับการพยาบาล ตามปกติ 29 คู่ ต้องทำการยุติ 2 คู่ เนื่องจากผู้ป่วย มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเมเร็ง ลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลคือญาติสายตรง หรือเครือญาติที่อาศัยกับผู้ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน สามารถสื่อสาร ด้วยภาษาไทย ไม่บกพร่องด้านการอ่าน ฟัง เขียน และมองเห็น สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปต้องมีคะแนน ระดับการคิดรู้ จากแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อม

เบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination: TMMSE-2002) มากกว่า 17 คะแนน²⁵ และมีโทรศัพท์ หรือสมาร์ตโฟนที่ติดต่อได้ผ่านสัญญาณภาพและ เสียง (Line call/ VDO call) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย มีเกณฑ์คัดเข้า คือ ทราบว่าเป็นโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ และได้รับการผ่าตัดแบบเปิดเพื่อตัดต่อลำไส้และ อวัยวะภายในโดยไม่เปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และมีผู้ดูแล หลักที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อยร้อยละ 70 ผู้วิจัยป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบก่อน จากนั้นจึง ศึกษาในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังตารางที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแล ภาพแผ่น พลิก และแผ่นพับการดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ หลังผ่าตัดที่บ้านและแบบประเมินความรู้และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเมเร็ง ลำไส้ใหญ่ และอาจารย์พยาบาลสาขาศัลยศาสตร์ทางเดิน อาหารตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และนำแบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ไปหา ความเชื่อมั่น (reliability) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คู่ โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ชนิดของเครื่องมือ	รายละเอียดของเครื่องมือ		
	ชื่อเครื่องมือ	รายละเอียดของเครื่องมือ	คุณภาพของเครื่องมือ
คัดกรอง	ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกรายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทดสอบสมรรถภาพสมองด้วย TMMSE-2002	มีจำนวน 11 ข้อ มีคะแนนทดสอบ ≥ 17 คะแนน จึงผ่านเกณฑ์	
ดำเนินการวิจัย	1) โปรแกรมการเตรียมผู้ดูแล 2) ภาพแผ่นพลิกการสอนและให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดที่บ้าน 3) แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดที่บ้าน	สำหรับกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยให้สอดคล้องกับชุดความรู้ที่ได้รับในโปรแกรมตามกรอบ DO-METHODS Activity of Daily Living Index ²³ จำนวน 9 ชุดการเรียนรู้	CVI เท่ากับ .83 CVI เท่ากับ .91 CVI เท่ากับ 1
เก็บรวบรวมข้อมูล	1) แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้าน	เป็นแบบสอบถามผู้ดูแลที่มีข้อความคำถามเลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ รวม 28 คะแนน ใช้มาตราวัดของลิเคิร์ท 3 ระดับ 0 คือ ไม่มีความรู้และทักษะ 1 คือ มีความรู้และทักษะในระดับปานกลาง 2 คือ มีความรู้และทักษะในระดับดี แปลผลคะแนนรวมดังนี้ 0-9 คะแนน หมายถึง มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันที่บ้านในระดับต่ำ 10-19 คะแนน หมายถึง มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง และ 20-28 คะแนน หมายถึง มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง	CVI เท่ากับ .98 Reliability 0.79

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. Si187/2018) ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยตลอดกระบวนการศึกษาโดยเชิญชวนเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย และการปฏิเสธหรือขอถอนตัว

จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การรักษาความลับโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายไม่ปิดบังข้อมูล และให้ระยะเวลาในการตัดสินใจอย่างอิสระเนื่องจากการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างอาจกระทบต่อเวลา ความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยป้องกันความเสี่ยงโดยการประเมินความพร้อม อาการปวดแผลและจัดการอาการปวดอย่างเหมาะสม กรณีที่ปวดแผลมากขึ้น มีอาการ

หน้ามิด ใจสัน ผู้วิจัยจะหยุดทำกิจกรรมและให้ผู้ป่วยพักบนเตียงพร้อมทั้งประเมินสัญญาณชีพและรายงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือแพทย์เจ้าของไข้ทราบ ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลโดยรวบรวมและบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ระยะก่อนผ่าตัด	1. สร้างสัมพันธภาพ เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2. ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้านจากผู้ดูแล (Pre-test) 3. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติโดยได้รับข้อมูลเรื่องโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดข้างเดียวโดยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและไม่ได้เตรียมผู้ดูแลล่วงหน้า	1. สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาผู้ดูแลหลัก ประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลวางแผนจำหน่ายและเตรียมผู้ดูแลหลักเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดอย่างมีแบบแผนเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2. ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้านจากผู้ดูแล (Pre-test) 3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดข้างเดียวตามชุดการเรียนรู้พร้อมกันโดยการสอนสาธิตย้อนกลับร่วมกับใช้ภาพแผ่นพลิกประกอบการ สนับสนุนให้ผู้ดูแลร่วมกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลโดยชุดที่ 1-2 อธิบายความรู้เรื่องโรค การผ่าตัดอาการผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดและชุดที่ 3 ให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติและการช่วยเหลือผู้ป่วยให้บริหารและเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัด	1. ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยผู้ป่วยและหรือญาติได้รับการวางแผนจำหน่ายกรณีที่มีท่อหรือสายระบายกลับบ้าน หรือจำเป็นต้องได้รับการ	1. ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลตามชุดการเรียนรู้ชุดที่ 1-9 แบ่งฝึกทักษะจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล (ต่อ)

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ระยะ จำหน่ายจาก โรงพยาบาล สู่บ้าน	ฝึกทักษะที่สำคัญ เช่น การดูแลแผล หลังผ่าตัด การสอนฉีดยาผ่านทางใต้ ผิวหนัง และได้รับคำแนะนำตามหลัก D-METHOD จากพยาบาลประจำ หอผู้ป่วย	<u>ระยะเตรียมจำหน่ายวันที่ 1</u> ทบทวนความรู้ชุดที่ 1, 2 และ 3 <u>ระยะเตรียมจำหน่ายวันที่ 2</u> ให้ความรู้และทักษะ ชุดที่ 4, 5 , 6, 7 <u>ระยะเตรียมจำหน่ายวันที่ 3</u> ให้ความรู้และทักษะ ชุดที่ 8 และ 9
	2. หลังแนะนำประเมินความรู้ความเข้าใจ ซ้ำโดยการเปิดโอกาสให้ซักถามกลับ เนื่องจากได้ข้อมูลปริมาณมากแต่มี เวลาจำกัดทำให้ผู้รับจดจำได้ลดลง	2. หลังสิ้นสุดการสอน หรือ ก่อนเริ่มชุดการเรียนรู้ ใหม่ทุกครั้ง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการทบทวน ความรู้และทักษะและเปิดโอกาสให้ซักถาม และ ให้ฝึกปฏิบัติจนชำนาญ
	3. ประเมินความรู้และทักษะในการดูแล ผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่บ้านจากผู้ดูแล (Post-test I) ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองโดยไม่ได้รับ การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย	3. ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันที่บ้านจากผู้ดูแล (Post-test I) ผู้วิจัยประสานข้อมูลกับผู้ดูแลโดยการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายทุก 48 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 8.00-20.00 น. ใช้เวลา 15-20 นาที/ครั้ง และหาก มีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่บ้านสามารถ โทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยเพื่อประเมินอาการ หรือขอ คำแนะนำผ่านสัญญาณภาพเคลื่อนไหว (Line call/ VDO call) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
ระยะหลัง จำหน่าย 2 สัปดาห์	1. ประเมินความรู้และทักษะในการดูแล ผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่บ้านจากผู้ดูแล (Post-test II) 2. ได้รับแผ่นพับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดที่บ้าน กล่าวขอบคุณ และยุติการศึกษา	1. ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้านจากผู้ดูแล (Post- test II) 2. กล่าวขอบคุณและยุติการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ อายุของผู้ป่วย
และผู้ดูแล สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา
โรคประจำตัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ

Chi-square test

เปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและ
กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนจำหน่าย และระยะหลังจำหน่าย

2 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Independent T-Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

เปรียบเทียบความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันในที่บ้านในระยะก่อนผ่าตัด ก่อนจำหน่ายและระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 61.32 ปี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยสถิติการทดสอบไคสแคว์

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N=31)		กลุ่มทดลอง (N=29)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					5.83	0.02*
ชาย	23	74.20	13	44.80		
หญิง	8	25.80	16	55.20		
สถานภาพสมรส					0.60	0.44
โสด/หม้าย/	5	16.10	7	24.10		
คู่	26	83.90	22	75.90		
อาชีพ					5.76	0.06
ไม่ได้ทำงาน	9	29	16	55.20		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน	15	48.40	6	20.70		
ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร	7	22.60	7	24.10		
การศึกษาระดับปริญญาตรี					0.22	0.64
ต่ำกว่า	23	74.20	23	79.30		
สูงกว่า	8	25.80	6	20.70		
โรคประจำตัว					0.04	0.84
ไม่มี	11	35.50	11	37.90		
มี	20	64.50	18	62.10		
การวินิจฉัยโรค					0.77	0.38
ระยะที่ 1-2	7	22.60	4	13.80		
ระยะที่ 3-4	24	77.40	25	86.20		

* $p < .05$

1.2 ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาในการผ่าตัด 2-4 ชั่วโมง ร้อยละ 48.4 เริ่มลุกจากเตียงในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ร้อยละ 29 เริ่มรับประทานอาหารเหลววันแรกหลังผ่าตัดโดยไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 90.3 ไม่มีสายหรือท่อระบายที่ติดตัวกลับบ้านร้อยละ 96.8 มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ร้อยละ 6.67 และลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวร้อยละ 6.67 มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย ร้อยละ 22.6 และต้องกลับมารักษาซ้ำใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ร้อยละ 12.9 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมี ระยะเวลาในการผ่าตัด 2-4 ชั่วโมง ร้อยละ 62.1 เริ่มลุกจากเตียงในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ร้อยละ 44.8 เริ่มรับประทานอาหารเหลววันแรกหลังผ่าตัดโดยไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 79.3 ไม่มีสายหรือท่อระบายที่ติดตัวกลับบ้าน ร้อยละ 96.6 มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ร้อยละ 6.67 และลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวร้อยละ 6.67 มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยสถิติการทดสอบไคสแควร์

หลังจำหน่าย ร้อยละ 6.8 และต้องกลับมารักษาซ้ำใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ร้อยละ 3.4 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 44.42 ปี ($SD=12.90$) สถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพ การศึกษต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ในฐานะบุตร ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 48.69 ปี ($SD=13.55$ ปี) สถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพ การศึกษต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ในฐานะสามีหรือภรรยา เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N=31)		กลุ่มทดลอง (N=29)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.20	0.65
หญิง	25	80.60	22	75.90		
ชาย	6	19.40	7	24.10		
สถานภาพสมรส					0.43	0.51
คู่	20	64.50	21	72.40		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	11	35.50	8	27.6		
อาชีพ					1.55	0.46
ไม่ได้ทำงาน	3	9.70	6	20.70		
รับราชการ/พนักงาน	16	51.60	12	41.40		
รัฐวิสาหกิจ						
ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร	12	38.70	11	37.90		
การศึกษาระดับปริญญาตรี					0.00	0.99
ต่ำกว่า	16	51.60	15	57.10		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N=31)		กลุ่มทดลอง (N=29)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สูงกว่า	15	48.40	14	48.30	2.44	
โรคประจำตัว						
ไม่มี	24	77.40	17	58.60		
มี	7	22.60	12	41.40	2.15	0.34
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
สามี/ภรรยา	13	41.90	13	44.80		
บุตร	16	51.60	11	37.90		
อื่นๆ	2	6.50	5	17.20		

*p<.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษาของผู้ดูแลและผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบทีอิสระ

ข้อมูลตัวแปร	กลุ่มควบคุม (N=31)	กลุ่มทดลอง (N=29)	t	df	p- value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	6.77 (2.92)	7.10(3.89)	-0.37	58	0.71
อายุผู้ดูแล	44.42(12.90)	48.69(13.55)	-1.25	58	0.22
รายได้ผู้ดูแล/เดือน	28,235 (35,242)	24,803(24421)	0.44	58	0.66
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย/วัน	27.06(73.91)	89.28(342.48)	-0.99	58	0.33

2. เปรียบเทียบความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันที่บ้าน

2.1 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะก่อนทดลองระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ก่อนจำหน่าย และระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.60$, $p < .01$ และ $t = -8.70$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 6

ข้อมูลตัวแปร	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t	df	p- value
	(N=31)	(N=29)			
	Mean (SD)	Mean (SD)			
ก่อนทดลอง	17.71 (4.68)	17.69 (4.52)	.02	58.00	.99
ก่อนจำหน่าย	22.58 (2.79)	26.76 (1.21)	-7.60	41.56	.00**
ระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	23.32 (2.77)	27.76 (.58)	-8.70	32.76	.00**

**p < .01

2.2 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะก่อนจำหน่าย และระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=23.10$, $F=120.35$, $p < .01$) ดังตารางที่ 7

2.3 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง ก่อนจำหน่ายและระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .05$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะก่อนจำหน่าย และระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

แหล่งความแปรปรวนรวม	SS	df	MS	F	p-value
ผู้ดูแลกลุ่มควบคุม (N=31)					
ระยะที่ประเมิน	576.41	2	288.20	23.10	.00**
ค่าความคลาดเคลื่อน	1122.71	90	12.48		
คะแนนรวม	1699.12	92			
ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (N=29)					
ระยะที่ประเมิน	1784.76	2	892.38	120.35	.00**
ค่าความคลาดเคลื่อน	622.83	84	7.42		
คะแนนรวม	2407.59	86			

** $p < .01$

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนผ่าตัด ก่อนจำหน่ายและระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติเปรียบเทียบพหุคูณ

ความแตกต่างระหว่างคู่	ระยะเวลา	Mean Difference	Std. Error	p-value
ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลอง (N=29)				
ก่อนผ่าตัด	ก่อนจำหน่าย	-9.07	0.87	0.00**
ก่อนผ่าตัด	ระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	-10.07	0.85	0.00**
ก่อนจำหน่าย	ระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	-1.00	0.25	0.01*

** $p < .01$, * $p < .05$

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจากการทดสอบทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60 เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 61.23 ปี ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันวิจัยมะเร็งรณานาชาติองค์การอนามัยโลก ที่คาดการณ์ว่าอุบัติการณ์ของโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่จะพบมากในเพศชาย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี¹

ผลการศึกษาครั้งนี้ สันับสนุนสมมุติฐานข้อ 1 ที่พบว่า ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะก่อนจำหน่ายและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลที่ประยุกต์กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน²² ร่วมกับกรอบ DO-METHODS Activity of Daily Living Index²³ สามารถพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลได้ต่อเนื่องในระยะพื้นตัวที่บ้านได้ดีและมีประสิทธิภาพมากกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับภาพพลิกและแผ่นพับที่มีรูปประกอบและมีตัวหนังสือขนาดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอ่านหรือมองเห็นได้ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามรูปภาพที่ละขั้นตอนได้ง่าย และทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง จึงมีส่วนช่วยในการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านจนนำไปสู่การปฏิบัติด้วยตนเองในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่บ้าน นอกจากนี้ การติดตามหลังจำหน่ายผ่านการใช้ Line call/VDO call เพื่อให้คำปรึกษาและเสริมแรงผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำด้านการจัดการอารมณ์หรือความเครียดที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้สามารถดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันในระยะพื้นตัวที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ²⁷⁻²⁸ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์สอดคล้องกับการศึกษาของ Hendrix และคณะ²⁹ ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายโดยเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่มีการร่วมสนทนา มีการฝึกสอนข้างเตียง

ให้ปฏิบัติซ้ำจนชำนาญ กล่าวชมเชยเพื่อเสริมความมั่นใจและกำลังใจ การให้ความช่วยเหลือหรือคำแนะนำตรงความต้องการทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับภาวะเครียด หรือลดอารมณ์ด้านลบและสามารถเพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแล²⁷ และการศึกษาของ Naylor และคณะ²⁰ ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมจากพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านร่วมกับผู้ดูแลในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผ่านขั้นตอนการประเมิน การวางแผน การให้ความรู้และฝึกทักษะตลอดจนการประสานงานผ่านการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและลดความล่าช้าในการจำหน่าย สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเร็วภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและฟื้นฟูต่อเนื่องกระทั่งจำหน่ายโดยเน้นการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะที่ตอบสนองต่อความต้องการ ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีได้^{16,17,20}

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสนับสนุนสมมุติฐานข้อ 2 ที่พบว่า ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะก่อนทดลอง ก่อนจำหน่าย และระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองแตกต่างกัน ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลสามารถเพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลได้โดยที่ความรู้และทักษะมีความคงทนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากสภาพร่างกายยังอ่อนเพลีย และมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด^{7-8,11} ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้¹⁶ ต่อเนื่องจากการดูแลโดยพยาบาลขณะพักที่

รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งยืนยันได้จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลในแต่ละระยะแตกต่าง ดังนั้น โปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลจึงมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด ระยะเตรียมจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ โดยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะหลังผ่าตัด ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ลดค่าใช้จ่าย หรือการกลับมารับการรักษาซ้ำได้³⁻¹⁵ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมเริ่มต้นดำเนินการตั้งแต่นั้ 24-48 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด และต่อเนื่องจนถึงระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีโอกาสได้ร่วมกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแล ได้รับการเสริมแรงในการฝึกปฏิบัติทักษะในการดูแลซ้ำ ๆ จนมั่นใจทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมฤดี เกษเพชรและคณะ³¹ ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังทำให้ผู้ดูแลรับรู้ความผาสุก การทบทวนร่วมกับสะท้อนความคิดหรือความรู้สึก ต่อสิ่งที่ได้ปฏิบัติทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาความคิด สามารถตัดสินใจและจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง และการมอบคู่มือให้อ่านทบทวน การโทรศัพท์ติดตาม สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการ

โดยสรุป โปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลมีผลให้ ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะก่อนจำหน่ายและระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะใน ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ซึ่งผู้ป่วยยังต้องการความช่วยเหลือและการดูแลจากผู้ดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จากการพยาบาลที่ได้รับขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น โปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกราย

เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หลังผ่าตัดให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียง กับระยะก่อนผ่าตัดมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแลไป ประยุกต์ใช้ในการเตรียมผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง เพื่อส่งเสริม การฟื้นตัวของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ระยะก่อน จำหน่ายและระยะหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผล การวิจัยไปใช้อ้างอิงในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ รวมทั้ง โรงพยาบาลในสังกัดอื่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมผู้ดูแล ต่อการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระยะหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้น เช่น ในระยะหลังจำหน่าย 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น

References

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185. countries. CA Cancer J Clin 2018; 68(6):394-424.
2. National Cancer Institute, Thailand. Hospital based cancer registry annual report 2014. Bangkok: Pomsup Printing; 2016. (in Thai)

3. American Cancer Society Recommendations for Colorectal Cancer 2017. Retrived May 20, 2017. From <https://www.cancer.org/cancer/colon>.
4. Sullivan R, Alatisse OI, Anderson BO, Audisio R, Autier P, Aggarwal A et al. Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery. *Lancet Oncol* 2015; 16(11): 1193–224.
5. Changyai K, Srimoragot P, Danaidutsadeekul S, Boonnuch W. The Relationship between pain, fatigue, depression and quality of recovery in patients undergoing colorectal cancer surgery. *Journal of Nursing Science* 2013;31Suppl 2:2 and Midwifery Council 7–37. (in Thai).
6. Sritan S, Utriyaaprasit K, Toskulkaio T, Akaraviputh T. Predictive factors in post-operative recovery abdominal surgery patients. *Journal of Thailand Nursing* 2014; 29(2): 21–35. (in Thai)
7. Dekker JW, Gooiker GA, Bastiaannet E, van den Broek CB, van der Geest LG, van de Velde CJ, et al. Cause of death the first year after curative colorectal cancer surgery; a prolonged impact of the surgery in elderly colorectal cancer patients. *Eur J Surg Oncol* 2014; 40(11):1481–4.
8. Lim SC–K, Heng MZ–Y, Heng G. Prehabilitation and rehabilitation in colorectal surgery. *Transdisciplinary perioperative care in colorectal surgery*: Springer 2015:103–18.
9. Venara A, Neunlist M, Slim K, Barbieux J, Colas P, Hamy A, Meurette G. Postoperative ileus: pathophysiology, incidence, and prevention. *J Visc Surg* 2016;153(6): 439–46.
10. Wallström Å, Frisman G H. Facilitating early recovery of bowel motility after colorectal surgery: a systematic review. *J Clin Nurs*; 2014: 23(1–2), 24–44.
11. Lawrence VA, Hazuda HP, Cornell JE, Pederson T, Bradshaw PT, Mulrow CD, et al. Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. *J Am Coll Surg* 2004; 199(5):762–72.
12. American College of Surgeons. Colectomy surgical removal of the colon 2015. Retrived June 1, 2017. From <http://www.facs.org/patienteducation>
13. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30–day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med* 2011; 155: 520–8.
14. Contin P, Kulu Y, Bruckner T, Sturm M, Welsch T, Muller–Stich BP, et al. Comparative analysis of late functional outcome following preoperative radiation therapy or chemoradiotherapy and surgery or surgery alone in rectal cancer. *Int J Colorectal Dis* 2014; 29(2):165–75.
15. Hensley BJ, Cooney RN, Hellenthal NJ, Aquina CT, Noyes K, Monson JR, et al. Readmissions after colectomy: the upstate New York surgical quality initiative experience. *Dis Colon Rectum* 2016; 59(5):419–25.
16. Kelly KN, Noyes K, Dolan J, Fleming F, Monson JR, Gonzalez M, et al. Patient perspective on care transitions after colorectal surgery. *J Surg Res* 2016; 203(1):103–12.
17. Li LT, Barden GM, Balentine CJ, Orcutt ST, Naik AD, Artinyan A, et al. Postoperative transitional care needs in the elderly: an outcome of recovery associated with worse long–term survival. *Ann Surg* 2015; 261(4):695–701.
18. Monkong S, Ratanaruengwatana S, Pongmonkol P, Soonthornkul Na Chonburi J, Poonponsupp L, Deeying S. A Program for improving post–operative functional ability of older patients and their caregiver’s preparedness. *Ramathipbodi Nursing Journal* 2009; 13(3):369–88. (in Thai)
19. Momplad T, Monkong S, Sirapo–ngam Y. Effects of a home–based recovery program on postoperative recovery among older patients undergoing major abdominal operation. *Ramathipbodi Nursing Journal* 2013; 18(1):84–101. (in Thai)

20. Naylor M, Brooten D, Jones R, et al. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 1994; 120:999–1006.
21. Nagle D, Pare T, Keenan E, et al. Ileostomy pathway virtually eliminates readmissions for dehydration in new ostomates. *Dis Colon Rectum* 2012; 55:1266–72.
22. Hirschman K, Shaid E, McCauley K, Pauly M, Naylor M. Continuity of care: the transitional care model. *Online J Issues Nurs* 2015; 20(3):1.
23. Nursing Division. Ministry of Public Health. Discharge planning. Bangkok: Thammasat University; 1996. (in Thai)
24. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ.: Erlbaum. 1988.
25. Institute of Geriatric Medicine. The mini mental state examination–Thai version (MMSE–Thai 2002). Nonthaburi: Department of Medical Service; 2002. (in Thai)
26. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *ANS Adv Nurs Sci* 1985; 8(1):45–60.
27. Lambert SD, Girgis A. Unmet supportive care needs among informal caregivers of patients with cancer: Opportunities and challenges in informing the development of interventions. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2017; 4(2):136.
28. Heynsbergh N, Heckel L, Botti M, Livingston PM. Feasibility, useability and acceptability of technology-based interventions for informal cancer carers: a systematic review. *BMC Cancer* 2018; 18(1):244.
29. Hendrix CC, Bailey DE, Jr., Steinhauer KE, Olsen MK, Stechuchak KM, Lowman SG, et al. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Support Care Cancer* 2016; 24(1):327–36.
30. Sommongkol S, Leethong-in M, Panpruek W, Charoensinsub V. Factor related to the recovery after urgent abdominal surgery in older persons. *Journal of Nursing Health Care* 2017; 35(3):165–74. (in Thai).
31. Kaspas M, Monkong S, Sirapo-ngam Y. Effects of an empowerment-based program on psychological well-being and quality of life among family caregivers of patients with advanced breast cancer. *Ramathibodi Nursing Journal* 2013; 19(2): 277–90. (in Thai).