

# การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเข้ารับการผ่าตัดรักษาที่ต้องสูญเสีย อวัยวะในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมา

พวงผกา มั่นหมาย<sup>1</sup> พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุภาพ อารีเอื้อ<sup>2</sup> Ph.D (Nursing), วพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

อดิศักดิ์ นารัตนระรุ้ง<sup>3</sup> พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์), ค.ม. (เทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา)

**บทคัดย่อ:** โรคมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมา มักมีการลุกลามไปที่เนื้อเยื่อโดยรอบอย่างรวดเร็ว และแพร่กระจายทางกระแสเลือดไปยังอวัยวะสำคัญ เช่น ปอด กระดูก ทำให้ผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคที่เลวลงมาก หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้ง การตัดรยางค์ของร่างกาย เป็นการควบคุมเฉพาะที่ได้ผลดีที่สุดในการลดการลุกลามของมะเร็งออกนอกกระดูก มีการลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อข้างเคียง ลุกลามเข้าสู่เส้นเลือดเส้นประสาทสำคัญของรยางค์หรือมีภาวะกระดูกหักจากพยาธิสภาพ ซึ่งยากต่อการเก็บอวัยวะนั้นไว้ การผ่าตัดนี้ช่วยลดการเกิดซ้ำ และช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักลังเลและยากในการตัดสินใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ เช่น แขน หรือขา บทความนี้นำเสนอแนวคิด หลักการพื้นฐาน และการประยุกต์วิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเข้ารับการผ่าตัดรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมา ที่สังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรม ประสบการณ์ของผู้เขียนในคลินิกโรคมะเร็งกระดูก และงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในผู้ป่วยมะเร็ง และได้รับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ โดยเน้นการนำเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ในผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักรู้ผลดีของการรักษา ลดความลังเลใจ เสริมศักยภาพในตนเอง และสามารถตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นและสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลตามบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2565; 9(1): 108-121

**คำสำคัญ:** โรคมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมา การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ

<sup>1</sup>ผู้เข้าฝึกอบรม หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งกระดูก) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้รับผิดชอบหลัก อีเมล: poungpaka70@gmail.com

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาการศึกษาศึกษาคลินิกชั้นสูง วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ วันที่รับบทความ 4 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 7 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 8 มิถุนายน 2565

## Motivational Enhancement Therapy for Accepting Amputation in Osteosarcoma Patients

Poungpaka Monmai<sup>1</sup> MNS. (Adult Nursing)

Suparb Aree-Ue<sup>2</sup>, Ph.D (Nursing), Dip.APMSN

Adisak Narththanarung<sup>3</sup>, M.D., Dip. Thai Board of Orthopaedics., M.Ed.

**Abstract:** Osteosarcoma tends to invade surrounding tissues rapidly and then spread through the bloodstream to vital organs such as the lungs and bones. This causes deterioration of the patient's prognosis. Limb amputation is the most effective method to approach local controlling in local invasions occurring in nearby tissues, major blood vessels, nerves, and pathological fractures. This operation reduces tumor reoccurrence and increases survival rates in patients with advanced-stage. Unfortunately, most patients are reluctant and indecisive about whether to undergo an amputation. This article presents the concept and application of motivational enhancement therapy (MET) for accept amputation in osteosarcoma patients from literature synthesis, authors' experiences in bone tumor clinic, and research results of applying this concept in person with cancer and receiving amputation. This information is emphasis on MET implementation in osteosarcoma case study. Applying this concept is expected to help the patients and their relatives to raise awareness of treatment, decrease anxiety, promote self-efficacy, and accept amputation; eventually, it may lead to good patient outcome and highlight quality of care based on nursing roles.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2022; 9(1): 108-121*

**Keywords:** Osteosarcoma, Motivational Enhancement Therapy, Amputation

---

<sup>1</sup>Diplomate Candidate, Board Certified Training Program in Adult-Gerontological Nursing (Bone tumor), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Corresponding author, Email: poungpaka70@gmail.com

<sup>2</sup>Associate Professor and Advanced Practice Nurse (Medical-Surgical Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

<sup>3</sup>Associate Professor School of Advanced Clinical Education, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy

Received April 4, 2022; Revised June 7, 2022; Accepted June 8, 2022

## บทนำ

โรคมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมา (osteosarcoma) เป็นมะเร็งกระดูกปฐมภูมิชนิดร้ายแรง มีต้นกำเนิดมาจากตัวกระดูกโดยตรง (primitive mesenchymal bone forming cell) พบบ่อยในผู้ป่วยอายุระหว่าง 10-20 ปี ในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง พบถึงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้<sup>1,2</sup> มะเร็งกระดูกชนิดนี้ส่วนใหญ่เป็นชนิดร้ายแรง (High-grade primary bone malignancy) แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มี การแพร่กระจายของโรค แต่หลังผ่าตัดเอาเนื้องอกออกแล้วก็สามารถพบการเกิดซ้ำได้ (Local recurrence) ผู้ป่วยเหล่านี้พบว่าเสียชีวิตภายใน 5 ปี มากกว่าร้อยละ 80<sup>3,4</sup> จากการสำรวจฐานข้อมูลในต่างประเทศ ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ายังไม่มีการแพร่กระจายของโรค มีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ร้อยละ 77 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรค มีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี เพียงร้อยละ 26<sup>5</sup> ในประเทศไทยพบโรคมะเร็ง osteosarcoma ในช่วงอายุ 0-24 ปี โดยมีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี และ 10 ปีร้อยละ 37.9 และ 33.6 ตามลำดับ<sup>4</sup>

แนวทางการรักษา การผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก และการให้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริม การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักของการรักษา osteosarcoma ในระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของโรค หรือมีการกระจายของโรคแต่สามารถควบคุมได้ โดยเฉพาะการผ่าตัดกระดูกออกทั้งหมด หรือการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะหรือการตัดรยางค์ (amputation) ซึ่งสามารถควบคุมเฉพาะที่ได้ดีที่สุดในกรณีที่มีการลุกลามออกมานอกกระดูก หรือลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อข้างเคียง เส้นเลือดเส้นประสาท หรือกระดูกหักจากพยาธิสภาพ (pathologic fracture) ซึ่งยากต่อการเก็บอวัยวะนั้นไว้ได้ เพื่อลดการเกิดซ้ำ และช่วยทำให้มี

อัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วย osteosarcoma ที่ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ซึ่งรวมถึงการตัดอวัยวะ เช่น แขน ขา ที่มีรอยโรคในกรณีที่ไม่สามารถเก็บแขนขาที่มีรอยโรคได้ พบว่า มีอัตราการรอดชีวิต 5-10 ปีสูงขึ้น<sup>4,5,6</sup> มะเร็งกระดูกชนิดร้ายแรงระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคแล้ว การรักษามักเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) และผ่าตัดแบบเอาเนื้องอกออก (excision) โดยหลีกเลี่ยงการทำผ่าตัดแบบตัดรยางค์ ส่วนอวัยวะที่มีพยาธิสภาพออก ในกรณีที่สามารถควบคุมรักษาส่วนที่แพร่กระจายไปได้ เพื่อลดการเกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้น ส่วนการพิจารณาทำ amputation สำหรับ primary lesion ก็สามารถทำได้เช่นกัน ร่วมกับการให้เคมีบำบัดหลังผ่าตัด เพื่อช่วยยืดอายุให้กับผู้ป่วย<sup>6</sup>

Osteosarcoma เป็นมะเร็งกระดูกปฐมภูมิชนิดร้ายแรงมักเกิดที่ long tubular bones มากที่สุด โดยเฉพาะบริเวณใกล้ข้อเข้า ได้แก่ distal femur และ proximal tibia รองลงมาได้แก่ proximal humerus และ proximal femur มะเร็งชนิดนี้มีลักษณะการลุกลามเฉพาะที่ (locally aggressive) ส่วนใหญ่เริ่มต้นจาก medulla ของกระดูกแล้วเจริญเติบโตลุกลามแบบ bicompartmental คือทำลายทั้ง cortex และทะลุออกไปทำลายเนื้อเยื่อโดยรอบทำให้เกิดเป็นลักษณะเยื่อหุ้มก้อนเทียม (pseudocapsule) บางรายลามทะลุ pseudocapsule ออกไปเกิดเป็นก้อนมะเร็งที่กระจายออกจากก้อนมะเร็งต้นกำเนิด (satellite lesion) ในบริเวณใกล้เคียงกัน และอาจลุกลามไปยังข้อต่อที่อยู่ใกล้เคียงได้ และผ่านเข้าสู่กระแสเลือดแล้วแพร่กระจายไปที่ปอดและอวัยวะอื่น ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ เช่น แขน ขา และชีวิต<sup>7,8,9</sup> จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma โรงพยาบาล

รามาธิบดี ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2558 พบว่า ร้อยละ 70-80 ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาโดยได้รับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ (amputation) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา ร้อยละ 20-30 จะเสียชีวิตภายใน 5 เดือน ถึง 1 ปี และมีภาวะแทรกซ้อนจากแผลที่ก้อนมะเร็งติดเชื้อเลือดออกจากก้อนมะเร็ง ปวดก้อนมะเร็ง เกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) และเกิดแผลกดทับจากการขยับได้ลำบาก ทำให้สูญเสียงบประมาณในการรักษามากขึ้นจากวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (หน่วยสถิติข้อมูลผู้ป่วย โรงพยาบาลรามาธิบดี) ซึ่งหากผู้ป่วยและญาติ พร่องความรู้/ความเข้าใจในกระบวนการรักษา และลังเลใจส่งผลให้ขาดแรงจูงใจที่จะยอมรับการรักษาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะการผ่าตัด amputation และ/หรือไปใช้การรักษาแบบแพทย์ทางเลือก ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า หรือไม่ได้รับการรักษา มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ปัจจุบันมีการศึกษาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy: MET) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เอาชนะความลังเลใจได้ นำมาใช้หลากหลายในผู้ติดสารเสพติด และผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิกได้<sup>10,11</sup> แต่ยังไม่พบการนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะ จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ขาดแรงจูงใจในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด amputation คือ ความลังเลใจจากการได้รับข้อมูลหลายด้าน ความเชื่อ หรือได้รับข้อมูลแผนการรักษาไม่เพียงพอ ผลจากการทบทวน

วรรณกรรม ทำให้ได้แนวความคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยเน้นองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด หลักการพื้นฐาน และการนำไปใช้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse: APNs) ประจำคลินิกโรคมะเร็งกระดูก ในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ส่งเสริม และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด ส่งเสริมแรงจูงใจเข้ารับการรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมา และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

### แนวความคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ในปี ค.ศ. 1989 (พ.ศ. 2532) มิลเลอร์ ศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยนิวยอร์ก และโรลนิก ศาสตราจารย์ด้านสาธารณสุขมหาวิทยาลัยคาร์ดิฟ ได้พัฒนาวิธีการมาตรฐานหลักเพื่อบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ พบว่าได้ผลดี โดยได้นำทั้ง ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing: MI) มาใช้<sup>10</sup> และเรียกวิธีการนี้ว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy: MET) เป็นแนวทางบำบัดที่เป็นระบบ (systematic intervention) เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ มีหลักการทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเป็นรูปแบบการบำบัดที่เห็นผลลัพธ์อย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน เป็นการบำบัดแบบสั้น ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 1-4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมิน (assessment) การสะท้อนกลับ (feedback) และการ

สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing: MI) เป็นรายบุคคล เป็นการบำบัดด้านจิตใจที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) รูปแบบหนึ่งที่มีแนวปฏิบัติกึ่งชี้แนะ (semi-directive) ได้นำมาปรับใช้และได้ผลดีในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลายอย่าง เช่น การติดแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด โรคเรื้อรัง โรคอ้วน การออกกำลังกาย การฝึกสติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์<sup>10,11,12</sup>

### หลักการพื้นฐานของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ MET มีหลักการทางจิตวิทยาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอิงทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของโพรชาสกาและไดคลิเมนต์<sup>13,14</sup> ในการประยุกต์หลักการนี้พยาบาลที่ให้การบำบัดตามแนวคิด MET จำเป็นต้องดำเนินการตามระยะที่กำหนด ด้วยการบำบัดที่มีองค์ประกอบครบถ้วน โดยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model / Stage of change model) ที่พัฒนาโดยโพรชาสกาและไดคลิเมนต์ เพื่อให้พยาบาลในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาพิจารณาได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนไหนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และบทบาทผู้บำบัด ควรให้การตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นตอนนั้น ๆ อาศัยหลักการและกระบวนการบำบัดที่มีองค์ประกอบตามหลักการของ “เฟรม” (FRAMES)<sup>10,11,12</sup> หรือ “แดร์” (DARES)<sup>10,11,12,14</sup> และ MI มาใช้ ร่วมกับนำครอบครัวเข้ามารับรู้และมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ขั้นตอนถัดไป และก้าวเข้าสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างถาวร ดังนี้

### 1. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model / Stage of change model)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลมี 6 ขั้นตอน ดังนี้<sup>10,13</sup>

1) ขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) ผู้ป่วยไม่คิดว่าโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงหรือเป็นปัญหา อาจเป็นผลจากผู้ป่วยยังมีปัญหาสุขภาพหรือมีเพียงเล็กน้อย เช่น ผู้ป่วย osteosarcoma ยังไม่มีอาการปวด บวมอักเสบ หรือมีเพียงเล็กน้อย หรือมองไม่เห็นผลเสียของการผ่าตัด หรือรู้ปัญหาแต่ยังไม่ต้องการที่จะเข้ารับการรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะ ผู้บำบัดควรให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และให้ความรู้ข้อดี ข้อเสีย ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความตระหนัก

2) ขั้นลังเลใจ (contemplation) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยเริ่มสนใจว่าโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรง แต่ยังไม่แน่ใจอาจหาข้อมูลเพิ่มเติมและเริ่มตระหนักถึงข้อดี ข้อเสีย ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนอย่างอิสระพร้อมทั้งให้ข้อมูลด้วยการสรุปความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ได้พูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันโดยกระตุ้นให้เห็นถึงเหตุผลของการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงความคิด เพื่อเข้ารับการรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะ

3) ขั้นตัดสินใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง (determination or preparation) ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและตัดสินใจได้ว่าควรเข้ารับการรักษา ผู้บำบัดควรให้ทางเลือกหรือเมนู (menu) ให้อิสระในการตัดสินใจ เน้นความรับผิดชอบในการเลือกตัดสินใจของผู้ป่วยเอง (responsibility) และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วย (self-efficacy) ด้วยการให้ความหวังและกำลังใจ ให้ความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจสิ่งสำคัญในขั้นตอนนี้คือเน้นความรับผิดชอบ



ในการเลือกของผู้ป่วยเองและยอมรับในผลที่เกิดขึ้น หลังการตัดสินใจ

4) **ขั้นลงมือปฏิบัติ (action)** เป็นขั้นที่ผู้ป่วยสนใจซักถามในวิถีทางที่ตนเองเลือก และตัดสินใจแต่ยังคงอาจมีความลังเลใจได้ และยังต้องให้ความมั่นใจอย่างต่อเนื่อง เช่น กรณีผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะว่าเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้บำบัดควรควบคุมสิ่งเร้าที่เป็นอุปสรรคในการตัดสินใจ หรือการรับฟังอย่างเข้าใจ และแสดงการยอมรับแม้ผู้ป่วยไม่ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ หรือไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค

5) **ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance)** ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในสิ่งที่ตนเองตัดสินใจเลือก เช่น เข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ ผู้บำบัดควรให้คำแนะนำ (advice) การให้เหตุผลที่เป็นจริง ให้กำลังใจ และความมั่นใจในการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพในที่สุด

6) **ขั้นกลับไปมีปัญหายซ้ำ (relapse stage)** ขั้นนี้ผู้ป่วยอาจมีความประมาททางอารมณ์จิตใจ อาจมีสิ่งเร้าที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเกิดขึ้น ทำให้ลังเลใจและไม่ตัดสินใจ หรือไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคอีกครั้ง ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความกังวลใจ ให้การยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นให้กำลังใจ ให้ความหวัง เน้นการให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ และให้ความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ

นอกจากความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว พบว่า การนำสู่ขั้นตอนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยหลักการและกระบวนการบำบัดที่มีองค์ประกอบครบถ้วน

2. **หลักในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจด้วย FRAMES<sup>10,11,12</sup>** มี 6 ประการ ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback: F) 2) ความรับผิดชอบ (responsibility: R) 3) การให้คำแนะนำ (advice: A) 4) เสนอทางเลือก (menu : M) 5) ความเข้าอกเข้าใจ (empathy: E) 6) ส่งเสริมศักยภาพด้วยการให้ความหวังและกำลังใจ (self-efficacy: S) องค์ประกอบเหล่านี้ช่วยให้ผู้บำบัดสามารถสร้างแรงจูงใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกที่สามารถตัดสินใจได้ ทำได้ด้วยการให้ความหวังและกำลังใจ (self-efficacy) เป็นสิ่งสำคัญในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และค้นหาแรงจูงใจภายในที่จะนำไปสู่การเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงหรือการตัดสินใจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการตัดสินใจเลือกที่ยั่งยืน<sup>10,11,12</sup>

3. **หลักในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจด้วย DARES<sup>10,11,12,14</sup>** มี 5 ประการ ดังนี้

1) **Development discrepancy** คือ การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน ผู้บำบัดทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างสิ่งที่อยู่ในปัจจุบันและเป้าหมายในการรักษาที่ควรจะเป็น การพูดถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดตามมาจากความรุนแรงของโรค และข้อดี ข้อเสียของการเข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ ผู้ป่วยอาจอยากพูดคุยถึงหนทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตัดสินใจของตนเอง

2) **Avoid argumentation** คือ หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ผู้บำบัดหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วยในระหว่างการบำบัด ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจหรือสับสน อาจใช้กลไกทางจิตเพื่อทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น การปฏิเสธความจริง การโทษสิ่งอื่น การหาเหตุ

ผลเข้าข้างตนเอง ผู้บำบัดควรหลีกเลี่ยงการทะเลาะ ไม่จำเป็นต้องยืนยันความถูกต้อง ควรให้ผู้ป่วยเห็น ข้อดีของการเข้ารับการรักษา และข้อเสียของการไม่เข้ารับการรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะ

3) Roll with resistance คือ การยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้บำบัดแสดงท่าทีที่สอดคล้องตามแรงต้านของผู้ป่วย และให้ผู้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์เต็มที่ไปก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย กล้าแสดงความคิดเห็น และยอมรับคำแนะนำจากพยาบาล พยาบาลผู้บำบัดควรรับฟังผู้ป่วย โดยไม่โต้แย้ง แต่สามารถตั้งคำถามเพื่อเพิ่มความกระจ่างได้ อาจเสนอแนวทางใหม่ในการคิดแก้ปัญหาได้ แต่ไม่ใช่การบังคับให้เชื่อหรือปฏิบัติตาม

4) Express empathy คือการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ฟังที่ดี สะท้อนความคิดและความรู้สึกผู้ป่วย แสดงความเข้าใจในความยากลำบากของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือข้อข้องใจ เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้อื่นไม่สามารถบังคับหรือกระทำแทนได้

5) Support self-efficacy คือ การส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้บำบัดใช้เทคนิคการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยจนเกิดความมั่นใจในตนเอง โดยพยาบาลอาจมีการติดตามสอบถามเป็นระยะทางโทรศัพท์และชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้

4. หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI)<sup>10,11</sup> ซึ่งยึดหลักทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (self-perception theory) ที่กล่าวว่า “หากฉันได้ยินเสียงที่คุยกับตนเอง ฉันจะเรียนรู้ในสิ่งที่ฉันเชื่อ” (As I hear myself talk, I learn what I believe) สิ่งที่ผู้บำบัดต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการใช้ MI คือ

ข้อความที่จูงใจตนเอง (self-motivational statement: SMS) การเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เพียงใดจะขึ้นกับการใช้คำกล่าวหรือข้อความ SMS โดยทั่วไป SMS แบ่งเป็น 4 ประเภท<sup>10,11,14</sup> ได้แก่ 1) การตระหนักในปัญหา (problem recognition) 2) ความกังวลกับปัญหา (concern) 3) ความตั้งใจที่จะเข้ารับการรักษา หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (intention to change) 4) ทศนคติที่ดีต่อการรักษา (optimism for change) นอกจากนี้พยาบาลผู้บำบัดสามารถใช้ทักษะหรือเทคนิค OARS<sup>10,11,14</sup> ระหว่างการบำบัดที่ช่วยเสริมแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนเหมือนผู้ป่วยคุยกับตนเอง ได้แก่ 1) การตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended questioning: O) 2) การชื่นชมเพื่อยืนยันรับรองเมื่อผู้รับบริการตัดสินใจ (affirmation: A) 3) การฟังอย่างตั้งใจเพื่อสะท้อนความคิดย้อนกลับ (reflective listening) 4) การสรุปความคิดผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะ SMS (summarization: S)

#### การบำบัดด้วย MET

การนำ MET ไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มแรงจูงใจภายใน ให้สามารถเอาชนะความลังเลใจ มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และที่อาจเกิดในอนาคตได้ สามารถแบ่งการบำบัด MET ได้เป็น 3 ระยะ<sup>10,11,12,14</sup>

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Phase of motivational enhancement therapy)

การสนทนาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหา ลดความลังเลใจ และเสริมศักยภาพในตนเอง เรียกว่าการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change talk) ในทางปฏิบัติผู้บำบัดเริ่มต้นโดยการให้สุศึกษา และข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของโรคหรือผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างไร

บทบาทสำคัญของผู้บำบัด คือ อธิบายให้เข้าใจวิธีการตรวจ วิธีแปลผล ผลการตรวจแบบไหนที่สะท้อนว่ารุนแรง ผู้บำบัดควรจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีความเป็นกลาง เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ เน้นข้อเท็จจริง ไม่ข่มขู่ให้กลัว แต่กระตุ้นให้ผู้ป่วยถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ เทียบเคียงข้อมูลที่ผู้บำบัดให้ กับที่ผู้ป่วยเข้าใจ ทักษะที่ผู้บำบัดต้องใช้คือ OARS ได้แก่ open-ended questioning (ถามด้วยคำถามปลายเปิด), affirmation (การชื่นชมยืนยันรับรอง), reflective listening (การฟังเพื่อสะท้อนคิด), summarization (การสรุปความ) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (eliciting self-motivational statement: SMS) และกลยุทธ์ที่จัดการกับแรงต้าน (resistance handling)

ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (commitment strengthening)

เพื่อทำให้เกิดความมั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Commitment strengthening) หรือเป็นการสนทนาเพื่อให้คำมั่นสัญญา (Commitment talk) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาที่จะเข้ารับการผ่าตัด amputation เพื่อการรักษา และมีความหนักแน่นมั่นคงในคำมั่นสัญญา บทบาทของผู้บำบัดในระยะนี้ ผู้บำบัดจะตรวจสอบความคิดเห็นของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดเพื่อการรักษาว่าเป็นปัญหาหรือไม่ หรือลังเลไม่แน่ใจ หรือเห็นว่าเป็นปัญหาอย่างมากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง หากคิดว่าเป็นปัญหาผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงแก้ไข เสนอทางเลือกในการแก้ไข เป็นต้น

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่องของการบำบัด (follow through)

การติดตามต่อเนื่อง (follow through) ในบทบาทของผู้บำบัด คือ การติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย อุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมีความมั่นคงดีหรือไม่ การเสริมสร้างแรงจูงใจที่ทำในระยะที่ 1 การทำให้คำมั่นสัญญาของผู้ป่วยหนักแน่นมั่นคง ดังที่ทำในระยะที่ 2

ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอาจเกิดขึ้นภายในชั่วโมงการบำบัดครั้งเดียวก็ได้ เนื่องจากขึ้นอยู่กับระยะและขั้นตอนการเคลื่อนไหวของแรงจูงใจของผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหวไปสู่ขั้นที่ 3 คือขั้นตัดสินใจหรือเตรียมการเปลี่ยนแปลง (determination or preparation)<sup>11,14</sup>

### การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเข้ารับการผ่าตัดรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกชนิดออส-ทีโคซาโคมา

ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma ก่อนการผ่าตัดจะต้องให้ยาเคมีบำบัดก่อน 3 วงรอบ (cycles) แต่ละ cycle ห่างกัน 3 สัปดาห์ ซึ่งใช้เวลา 3 เดือน หรือ 12 สัปดาห์<sup>15</sup> ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เพียงพอในการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy)<sup>10,11,12,14</sup> เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ (amputation) ดังนั้นการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy- MET) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma ให้สามารถตัดสินใจและร่วมมือตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด amputation ตามแผนการรักษา ควรใช้ระยะเวลาของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 3 ระยะ โดยจัดชั่วโมงการบำบัด เป็น 4 ครั้ง (ใน 12 สัปดาห์) ดังแสดงในตารางที่ 1-3 ตามลำดับในแต่ละระยะ ดังนี้



การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเข้ารับการผ่าตัดรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมา

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Phase of motivational enhancement therapy) (ครั้งที่ 1 ครั้งแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น osteosarcoma)	(ครั้งที่ 2 – สัปดาห์ที่ 2-3 เมื่อมารับยาเคมีบำบัด หรือทางโทรศัพท์)
ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (commitment strengthening)	ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่องของการบำบัด (follow through) (ครั้งที่ 3 – สัปดาห์ที่ 6, ครั้งที่ 4 – สัปดาห์ที่ 12 เมื่อมารับยาเคมีบำบัด หรือติดตามอาการ หรือทางโทรศัพท์)

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะที่ 1

ระยะของการบำบัด	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Phase of motivational enhancement therapy)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แจงข้อมูลที่ได้จากการประเมิน อธิบายวิธีการแปลผลการตรวจ</li> <li>2. การอธิบายผลการประเมินผู้ป่วย เพื่อสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคที่จำเป็นต้องพิจารณาผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ เช่น แขนหรือขาออกจากร่างกาย (amputation) เพื่อรักษาชีวิต หลักการพิจารณาผ่าตัด amputation</li> <li>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามสิ่งที่ยังสงสัย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจ วิธีการตรวจ วิธีการแปลผล ระดับความรุนแรงของโรคที่จำเป็นต้องพิจารณาผ่าตัด amputation และผู้บำบัดอธิบายชี้แจงเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้อย่างถูกต้องหรือผู้บำบัดเป็นผู้ซักถามผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ หรือความกังวลของผู้ป่วย</li> <li>4. ผู้บำบัดใช้เทคนิคการตั้งคำถาม (Evocative questions) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความใจตนเอง (SMS) (ตารางที่ 4)</li> <li>5. บันทึกหรือจดจำข้อความใจตนเองที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา</li> <li>6. ใช้เทคนิคการชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การสรุปความ (Summarization) เพื่อเน้น SMS ที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา</li> <li>7. เน้นความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงว่าขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (Responsibility or personal choice)</li> <li>8. แนะนำและให้ความรู้พื้นฐานที่ผู้ป่วยควรทราบ แจกเอกสารสำหรับผู้ป่วยไว้อ่าน</li> <li>9. สรุปสิ่งที่ได้พูดคุยในวันนี้ได้แก่ ผลการตรวจ ความรุนแรง ความกังวลใจที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด amputation เพื่อการรักษาชีวิต และลดความทุกข์ทรมาน หรือ SMS ที่ผู้ป่วยกล่าว เป็นต้น</li> <li>10. เชื้อเชิญให้มาพบในครั้งต่อไป พร้อมทั้งเชื้อเชิญให้นำญาติหรือครอบครัวมาด้วย อาจมีจดหมายหรือโทรเตือนเตือนก่อนนัด ในจดหมายควรมีข้อความแสดงความห่วงใยและกำลังใจ</li> </ol>

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจในระยะที่ 2

ระยะของการบำบัด	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะที่ 2	1. ทบทวนถึงข้อสรุปจากการสนทนาในครั้งที่แล้ว เช่น ผลการตรวจ การแปลผล ระดับความรุนแรงของปัญหา ความกังวลใจในปัญหาหรือ SMS ที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา
การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (commitment strengthening)	<p>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามสิ่งที่ยังสงสัยเกี่ยวกับผลการตรวจ วิธีการตรวจ วิธีการแปลผล ระดับความรุนแรงของปัญหา หรือให้โอกาสผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลดังกล่าว และอธิบายชี้แจงเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3. สอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยว่าสามารถตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด amputation เพื่อการรักษาชีวิตและลดความทุกข์ทรมานได้หรือไม่ ควรกระทำเมื่อประเมินได้ว่าแรงใจของผู้ป่วยได้เคลื่อนเข้าสู่ขั้นที่ 3 คือ ขั้นตัดสินใจหรือเตรียมการเปลี่ยนแปลง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยประกาศการตัดสินใจและความมุ่งมั่น โดยผู้บำบัดใช้คำถามสำคัญ (key question) เพื่อนำเข้าสู่การตัดสินใจ เช่น “คิดอย่างไรบ้างกับการเข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ”</p> <p>4. ผู้ป่วยแสดงความลังเลใจในการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด amputation หรือคิดว่าการจะไม่เป็นปัญหารุนแรง แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้บำบัดมีดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 เข้าใจที่ผู้ป่วยมีความลังเลใจ ไม่โกรธ ไม่โต้เถียงกับผู้ป่วย อาจใช้เทคนิคสะท้อนความรู้สึกให้ผู้ป่วยทราบว่า เขามีความลังเลใจในการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด</li> <li>4.2 ให้ความรู้เพิ่มเติม หากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจข้อมูลที่สำคัญบางอย่าง อาจทำให้ตัดสินใจได้ไม่เหมาะสม</li> <li>4.3 คอยถึงข้อดีของการผ่าตัด และข้อเสียของการไม่ผ่าตัด ท่าทีของผู้บำบัดควรเป็นกลาง ควรเปิดโอกาสให้พูดคุยกะเพราะการคอยถึงข้อดี และข้อเสีย อาจทำให้ผู้บำบัดมีโอกาสนำข้อมูลเพิ่มเติม หรือแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้ป่วย เช่น การตัดขาแล้วจะทำให้ขาดีหน้าไม่มีขา เป็นต้น</li> <li>4.4 หากผู้ป่วยลังเลไม่แน่ใจ ให้ดูตัวอย่างของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด amputation รายอื่นและเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) จะสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ และเห็นข้อดี และการใช้ชีวิตหลังการผ่าตัด amputation เพื่อการรักษา</li> </ol> <p>5. หากผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ควรชื่นชมในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยเลือกสิ่งที่ดีที่สุดแล้วสำหรับตนเอง ครอบครัวและสังคม ให้กำลังใจและเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ ร่วมกันสรุปใบงานของแผนการเปลี่ยนแปลง (change plan) ได้แก่ 1) เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง 2) สิ่งที่ต้องทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 3) เหตุผลสำคัญที่สุดต้องเปลี่ยนแปลง 4) อุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย อาจเป็นความเชื่อทางศาสนา หรือบุคคล เช่น ถ้าตัดอวัยวะออกแล้วแล้วขาดีหน้าจะไม่มีแขน หรือขาที่ตัดไป หรืออาจมีอุปสรรคในอาชีพ หรือขาดความมั่นใจ และ 5) ตัวช่วยให้บรรลุเป้าหมาย ผู้บำบัดเอาแผนการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยลงนาม และมอบสำเนาให้ผู้ป่วยเก็บไว้ 1 ฉบับ</p> <p>6. หากผู้ป่วยขอเวลาทำใจก่อน ให้ข้อมูลว่าการตัดสินใจโดยเด็ดขาดมีโอกาสทำให้การรักษาประสบความสำเร็จมากกว่า มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่า แนะนำผู้ป่วยว่าควรคิดไตร่ตรองถึงข้อเสียของการไม่เข้ารับการผ่าตัดให้มาก แต่เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยเน้นความรับผิดชอบในการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง</p>

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเข้ารับการรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกชนิดออสทีโอซาร์โคมา

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะที่ 2 (ต่อ)

ระยะของการบำบัด	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>7. กรณีที่คิดว่าไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างแน่นอน หรือลังเลใจ ผู้บำบัดแสดงความเห็นใจที่เกิดความรู้สึกกังวลใจ ความไม่พร้อมในการตัดสินใจ เปิดโอกาสให้พูดคุยถึงอุปสรรคที่อาจมีอยู่ ให้ข้อมูลในกรณีที่เข้าใจผิด เน้นว่ามีคนห่วงใยและให้กำลังใจในการตัดสินใจ แต่ที่สที่สุดขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติกลับไปตัดสินใจก่อน และอาจนัดมาพบอีกครั้ง</p> <p>8. การพูดคุยกับญาติ สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ฝึกทักษะการมีความคิดและความรู้สึกทางบวก ส่งผลให้ญาติเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือ เกิดความร่วมมือในครอบครัว ช่วยจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับญาติที่มีผลกระทบทางลบต่อผู้ป่วย ต้องจำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ</p> <p>9. ส่งการพูดคุยในวันนี้ และ SMS ที่ผู้ป่วยกล่าว คำมั่นสัญญาที่ผู้ป่วยให้ไว้ เชื่อเชิญให้มาพบครั้งต่อไป อาจมีข้อความเตือนแสดงความห่วงใยและกำลังใจ และยินดีให้คำปรึกษาเพิ่มเติมหากต้องการ</p>

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะที่ 3

ระยะของการบำบัด	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะที่ 3	ติดตามความก้าวหน้า ทบทวนอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมีความมั่นคงหรือไม่
การติดตามต่อเนื่องของการบำบัด (follow through)	ทำการเสริมสร้างแรงจูงใจดังเช่นในระยะที่ 1 และการทำงานคำมั่นสัญญาของผู้ป่วยหนักแน่นมั่นคงดังเช่นในระยะที่ 2

ตารางที่ 4 ตัวอย่างคำถามที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด SMS และ SMS ที่ผู้ป่วยใช้กล่าวออกมา

ประเภทของ SMS	ตัวอย่างคำถามกระตุ้น SMS	ตัวอย่าง SMS ที่ผู้ป่วยใช้กล่าวออกมา
1. การตระหนักในปัญหา (problem recognition)	“อะไรทำให้คิดว่า การผ่าตัดที่สูญเสียอวัยวะ เพื่อการรักษาชีวิต เป็นปัญหา” “การตัดอวัยวะ เช่น แขนหรือขา ออกจากร่างกาย มีผลกระทบต่อคุณหรือคนรอบข้างอย่างไรบ้าง” “การตัดขา เป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตคุณอย่างไรบ้าง”	“ผมเพิ่งรู้ว่าโรคที่ผมเป็นมันรุนแรงกว่าที่คิดไว้”
2. ความกังวลกับปัญหา (concern)	“คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไรบ้างถ้าคุณยังไม่ยอมเข้ารับการรักษา” “คุณคิดว่า จะเป็นการตัดขา เพื่อการรักษา”	“ไม่น่าเชื่อเลย มันเป็นไปได้ยังไง”
3. ความตั้งใจที่จะเข้ารับการรักษา (intention to change)	“สมมติว่าคุณสามารถตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาแล้ว คิดว่าคุณจะตัดสินใจอย่างไรบ้าง”	“ผมต้องตัดสินใจอะไรสักอย่าง”
4.ทัศนคติที่ดีต่อการรักษา (optimism for change)	“อะไรที่ทำให้คุณคิดว่า คุณจะสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้สำเร็จ” “อะไรเป็นตัวช่วยให้คุณสามารถตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษา”	“ผมมั่นใจว่าการผ่าตัดรักษาจะช่วยให้อาการป่วยผมดีขึ้น”

## ผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่ผ่าตัด amputation และโรคมะเร็งกระดูก osteosarcoma

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำเทคนิค MI และการบำบัด MET มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>16</sup> และในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการอาการ<sup>17</sup> และการเคลื่อนไหวร่างกาย<sup>18</sup> ส่วนในผู้ป่วยที่ผ่าตัด amputation มีการนำมาใช้เพื่อช่วยให้สามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น<sup>19</sup> พบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีทางด้านคลินิกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการวิจัยในด้านการช่วยส่งเสริมแรงจูงใจเข้ารับการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ มีเพียงบทความที่เป็นความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาแนะนำให้ใช้ MET ตั้งแต่ระยะแรกกระบวนการผ่าตัด amputation และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตัวเอง<sup>20</sup> จากการนำมา MET ใช้กับผู้ป่วย osteosarcoma ในคลินิกที่จำเป็นต้องผ่าตัด amputation ที่ขา โดยเริ่มบำบัดระยะที่ 1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความรุนแรงและข้อดีของการผ่าตัด amputation ข้อเสียของการไม่ตัดสินใจผ่าตัด amputation เพื่อให้ตระหนักในปัญหาตั้งแต่การวินิจฉัย และระยะที่ 2 ระหว่างการให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยเกิดความลังเล ผู้บำบัดทบทวนข้อมูลเรื่องโรค การรักษาและผลกระทบจากการไม่รักษา และให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในระยะที่ 3 พบว่าผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด amputation ได้สำเร็จในระยะเวลา 3 สัปดาห์ และผู้ป่วยมีความมั่นใจในแนวทางการรักษาพร้อมในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด สามารถใส่ขาเทียมและเดินได้ดีหลัง

ให้ยาเคมีบำบัดครบโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่ตัดขา และผู้ป่วยมะเร็งพบว่า MI ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและมีผลดีต่อการฟื้นฟูสภาพ<sup>18,21</sup>

การดูแลผู้ป่วย osteosarcoma ที่เข้ารับการผ่าตัด amputation ให้มีประสิทธิภาพ ควรมีการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาบำบัด นักจิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ และอื่น ๆ รวมถึงการมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่มีประสบการณ์จริงที่ได้รับการรักษาและได้รับการผ่าตัด amputation เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมพลังอำนาจในการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อการรักษา โดยมีพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งกระดูก เป็นผู้มีบทบาทหลักในทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจึงควรได้รับการฝึกอบรมการบำบัดในรูปแบบ MET และฝึกทักษะการสื่อสารในหลักการ MI เทคนิค OARS เพื่อให้สามารถเป็นผู้บำบัด ส่งเสริมสนับสนุนบุคคลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการรักษาที่เหมาะสม

## บทสรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพในการดูแลตามขอบเขตของการดูแลบุคคลที่เป็นโรคมะเร็งกระดูก และจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจและสามารถวางแผนและปฏิบัติการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ ดังนั้นการนำเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) นับว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ลดความลังเลใจ เสริมศักยภาพในตน และสามารถ

ตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่ต้องสูญเสียอวัยวะ เช่น แขนหรือขาออกจากร่างกาย เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกชนิด osteosarcoma โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และสะท้อนบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยสมรรถนะเชิงวิชาชีพ

### เอกสารอ้างอิง

1. Choi JH, Ro JY. The 2020 WHO classification of tumors of bone: an updated review. *Adv. Anat Pathol* 2021; 28 (3): 119-38.
2. Unni KK. Introduction and scope of study. In: Unni KK, editor. *Dahlin's bone tumors: general aspects and data on 11,087 case*. 5<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p.1-9.
3. Link MP, Eilber F, Osteosarcoma. In: Pizzo PA, Poplack DG, editors. *Principles and practice of pediatric oncology*. 2<sup>nd</sup>ed. Philadelphia JB: Lippincott; 1993. P.841-66.
4. Pruksakorn D, Phanphaisarn A, Arpornchayanon O, Uttamo N, Leerapun T, Settakorn J. Survival rate and prognostic factors of conventional osteosarcoma in Northern Thailand: a series from Chiang Mai University Hospital. *Cancer Epidemiol* 2015; 39(6): 956-63.
5. American Cancer Society. Survival Rates for Osteosarcoma. American Cancer Society [serial online] 2022 March [cited 2022 June 6] Available from: URL: [cancer.org/cancer/osteosarcoma/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html](https://www.cancer.org/cancer/osteosarcoma/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html).
6. Czerniak B. *Dorfman and Czerniak's bone tumor*. 2<sup>nd</sup>ed. China: Elsevier; 2016
7. Zhang Y, Yang J, Zhao N, Wang C, Kamar S, Zhou Y, et al. Progress in the chemotherapeutic treatment of osteosarcoma. *Oncol Lett* 2018, 16(5): 6228-37.
8. Zhang X, Guan Z. PET/CT in the diagnosis and prognosis of osteosarcoma. *Front Biosci* 2018 ;23(11):2157-65.
9. Yang P, Gilg M, Evans S, Totti F, Stevenson J, Jeys L, et al. Survival of osteosarcoma patients following diagnosis of synchronous skip metastases. *J Orthop* 2020; 18: 121-25.
10. Miller WR, Rollnick S. *Motivation Interviewing*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: The Guildford Press; 2002.
11. Saengcharnchai P. *Motivational Interviewing & Motivational Enhancement Therapy: MI & MET*. In Saengcharnchai P, Netrakom p, Hironviwatgul N, editors. *Addiction psychiatry*. Bangkok: Bangkok block press; 2006. (In Thai)
12. Miller WR. *Motivational enhancement therapy: Description of counseling approach*. Department of Health and human Service, NIH publication; 2004.
13. Prochaska JO, Diclemente CC. Common processes of change in smoking, weight control and psychological distress. In: Shiffman S, Wills TA, editors. *Coping and Substance Abuse*. Columbus O. Ross Labs: Columbus; 1985.p. 345-63.
14. Saengcharnchai P, *Motivational interviewing. Contemporary of Medical-Surgical Nursing program*; 2014 Oct 15; Ramathibodi Nursing School Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol university: Bangkok; 2014. (In Thai)
15. Rastogi S, Aggarwal A, Tiwari A, Sharma V. *Chemotherapy in Nonmetastatic Osteosarcoma: Recent Advances and Implications for Developing Countries*. *J Glob Oncol* 2018; 4:1-5.



16. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013; 93(2): 157-68.
17. Spencer JC, Wheeler SB. A systematic review of Motivational Interviewing interventions in cancer patients and survivors. *Patient Educ Couns* 2016; 99(7): 1099-105.
18. Lion A, Backes A, Duhem C, Ries F, Delagardelle C, Urhausen A, et al. Motivational interviewing to increase physical activity behavior in cancer patients: a pilot randomized controlled trials. *Integr Cancer Ther* 2020; 19: 1-13.
19. Miller MJ, Jones J, Anderson CB, Christiansen CL. Factors influencing participation in physical activity after dysvascular amputation: a qualitative meta-synthesis. *Disabil Rehabil* 2019; 41(26): 3141-50.
20. JO SH, Kang SH, Seo WS, koo BH, Kim HG, Yun SH. Psychiatric understanding and treatment of patients with amputations. *Yeungnam Univ J Med* 2021; 38(3): 194-201.
21. Lee LS, Hitzig SL, Mayo A, Devlin M, Dilkas S, Mackay C. Factors influencing physical activity among individuals with lower limb amputations: a qualitative study. *Disabil Rehabil* 2022; 1-10.