ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี

*สุรีย์พร ปุญญกริยากร**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดีมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษา แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังรับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดียังมีจำนวนน้อย ดังนั้น การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดีในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35, 42 และ 45 ตามลำดับ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.727, 0.543$, p-value $< 0 = .001, 0.001$ ตามลำดับ) แต่ปัจจัยสนับสนุน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ : มะเร็งท่อทางเดินน้ำดี, การใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี, พฤติกรรมการป้องภาวะแทรกซ้อน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลราชวิถี
นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Factors Related to Preventive Behaviors Affecting Complications of Cholangiocarcinoma's Patients after Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage

*Sureeporn Punyagariyagorn**

Abstract

Patients with Cholangiocarcinoma cancer who had been treated with Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD) has high mortality rate due to complications of the disease and its treatment. Based on literature review, there were few studies about preventative behaviors affecting complications in these patients. This descriptive research was conducted to examine factors related to behavior for preventing complication of cholangiocarcinoma patients after PTBD by using Becker's Health Belief Model. The sample included 100 cholangiocarcinoma patients after receiving PTBD in Surgical Division, Rajavithi Hospital. Data were collected by using questionnaires developed by the researcher based on Becker's Health Belief Model. Quality of questionnaires was explored and it was in an acceptable level. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson product–moment correlation coefficient.

The main findings were that personal perception health motivation, and supportive factors of most samples were in the medium level (35%, 42%, and 45%, respectively). Results of testing study's hypotheses found that personal perception and health motivation factors were significantly positive associated with preventative behavior affecting complications of the sample ($r = 0.727, 0.543$, p–value $< 0 = .001, 0.001$, respectively). However, supportive factors were not associated with preventive behavior affecting complications of the sample.

Based on results of the study, it suggested that self care behaviors of the patients should be promoted using social network. Teaching the patients about preventing complications after PTBD and referring the patients to the hospitals near their houses for continuing care should be focused.

Keyword : Cholangiocarcinoma, Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage, Preventative Behaviors Affecting Complications

* Registered nurse Surgical Department Rajavithi Hospital
Master of Science (Health Education) Major Field: Health Education, Department of Physical Education Thesis Advisor: Kasetsart University

บทนำ

มะเร็งในท่อทางเดินน้ำดีพบได้บ่อยทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยยังสูงมาก โดยเป็นประเทศที่มีมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลกและยังไม่มีแนวโน้มว่าโรคนี้จะลดลง แต่ละปีมีผู้ป่วยทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคนี้ราว 20,000 คน โดย 70% ของจำนวนนี้เป็นคนไทย และพบว่าเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงสุด โดยพบผู้ป่วยชาย 100 คนจาก ประชากร 100,000 คน พบผู้ป่วยหญิง 50 คน จากประชากร 100,000 คน มากกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบผู้ป่วยเพียง 2 ราย จากประชากร 100,000 คน[1] ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การมีโรคเฉพาะ พฤติกรรมการบริโภค ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมที่ก่อให้เกิดโรค มะเร็งในท่อทางเดินน้ำดีสร้างความทุกข์ทรมานความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษานาน ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งจะต้องได้รับการรักษาทางด้านรังสีรักษาเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือการรักษาแบบผสมผสาน รวมทั้งการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี (Percutaneous transhepatic billary drainage: PTBD) หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ทันท่วงทีหรือการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ก็อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และอาจเสียชีวิตได้[2]

จากสถิติแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลราชวิถี ในปี 2552, 2553 และ 2554 พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีเข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกศัลยกรรม จำนวน 290, 224 และ 300 ราย ตามลำดับ และได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี (PTBD) จำนวน 166, 155 และ 128 ราย ตามลำดับ[3] และมีอัตราการเสียชีวิตภายหลังที่ได้รับการรักษาพยาบาลดังกล่าว เนื่องจากผู้ป่วยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังรับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดีไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างครบถ้วน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยอัตราการเสียชีวิตเร็วขึ้น เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งทางเดินน้ำดีที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันมีเพียงการผ่าตัดเอาเนื้องอก รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองที่มีการกระจายของมะเร็งออกทั้งหมดร่วมกับการต่อลำไส้เข้ากับทางเดินน้ำดีที่เหลือ (Curative Resection with Biliary Enteric bypass) และพบผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตหลังผ่าตัดใน 3 ปี ร้อยละ 40–60 (Chamberlain and Blumgart)[4] อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 70 ที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้ เนื่องจากโรคลุกลามจนเกินระยะที่จะผ่าตัด

การใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะติดเชื้อในท่อทางเดินน้ำดี สายระบายเลื่อนหลุด และสายระบายอุดตัน ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และด้านสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีต้องสนใจเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย ที่จะต้องปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมหรือลดความรุนแรงของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[5]

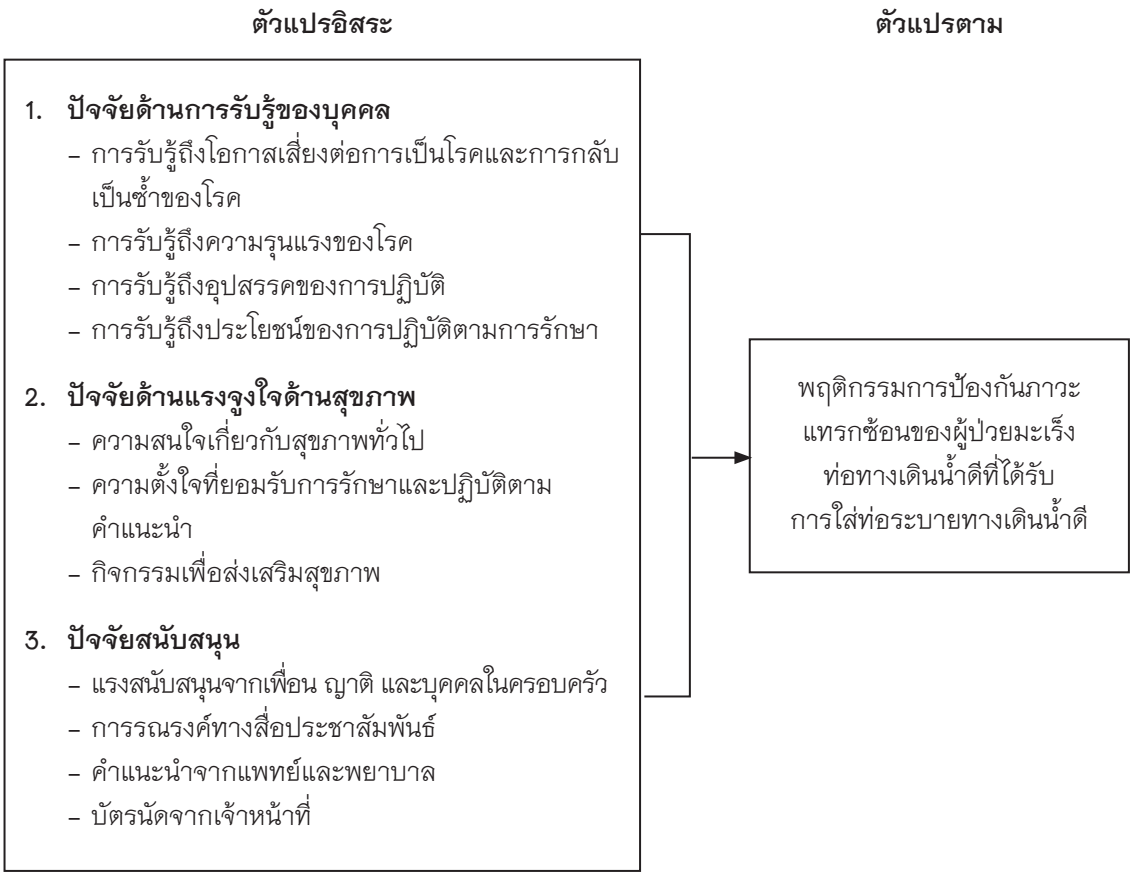
การที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ

ได้แก่ ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ นอกจากนี้แล้วยังต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เพื่อเพิ่มความสามารถให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี[5]

การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker)[6] ซึ่งกล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้บุคคลต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมที่ถูกต้อง และการรับรู้อุปสรรคว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นต้องไม่มีอุปสรรคที่ขัดต่อการปฏิบัติ นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยสนับสนุน ยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพบุคคลนั้นๆ ด้วย จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์[7] ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 ราย พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยเฉพาะการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตรงตามความเป็นจริงปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเกินความเป็นจริง ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 26 ผู้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และ Wongkonkitsin *et al.*[8] ได้ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังและไปข้างหน้าระหว่าง พ.ศ. 2543-2545 ทำการติดตามผู้ป่วยจนถึงปี พ.ศ. 2547 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 41 ราย โดยพบปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การอุดตันของสายร้อยละ 9.76 และ 18.07 สายเลื่อนร้อยละ 21.95 และ 26.83 ในผู้ป่วยที่ทำ PTBD แบบชั่วคราวและถาวรตามลำดับ สอดคล้องกับการสุ่มสำรวจประวัติการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ทำ PTBD จำนวน 30 ราย ที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2551 ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่สายระบายอุดตัน ร้อยละ 100 สายเลื่อนหลุด ร้อยละ 36.67 และมีผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดี 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ในจำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินน้ำดี พบว่าผู้ป่วย 15 ราย เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีภายในระยะเวลา 1-5 เดือน หลังจากได้รับการรักษาและกลับไปดูแลตนเองที่บ้านและเกิดการติดเชื้อซ้ำบ่อยๆ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ควบคุมหรือลดความรุนแรงของอาการและภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี

2. ปัจจัยด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี

3. ปัจจัยสนับสนุน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 128 คน จากสถิติผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม[3]

กลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณตามรูปแบบของทาโร ยามาเน จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน ผู้วิจัยได้ปรับให้เหมาะสมในการศึกษา

วิจัยครั้งนี้ คือ จำนวน 100 คน โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี และได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดี 3) มาติดตามการรักษาที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี 4) สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker[6] และจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการศึกษาข้อมูลให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดในลักษณะตรวจรายการ (Check List) จำนวน 6 ข้อ

2) แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ของบุคคล มีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก มากที่สุด จำนวน 32 ข้อ เป็นทางบวก 24 ข้อ เป็นทางลบ 8 ข้อ

3) แบบสอบถามปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก มากที่สุด จำนวน 17 ข้อเป็นทางบวก 11 ข้อ เป็นทางลบ 6 ข้อ

4) แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน มีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก มากที่สุด จำนวน 13 ข้อ เป็นทางบวก 12 ข้อ เป็นทางลบ 1 ข้อ

5) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินน้ำดี มีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert Scale) วัดเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติน้อยที่สุด ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติมาก ปฏิบัติมากที่สุด จำนวน 24 ข้อเป็นทางบวกทุกข้อ

เกณฑ์การพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินน้ำดี แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความคิดเห็น จากค่ามัชฌิมาเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\overline{X} \pm ½$ S.D. (สุวิมล ติรกานันท์)[9] ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนนระหว่าง $\overline{X} + ½$ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง $\overline{X} \pm ½$ S.D.
ระดับน้อย	ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\overline{X} - ½$ S.D.

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับตามข้อเสนอแนะตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธีหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 นำแบบสอบถามนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริง แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 201/2555 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัยโดยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2555–ธันวาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินน้ำดี ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยสนับสนุน กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินน้ำดี ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76 อายุอยู่ในช่วงที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากที่สุดคือ กลุ่มอายุระหว่าง 40–49 ปี คิดเป็นร้อยละ 34 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 75 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 71 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44 รายได้มีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระหว่าง 5,000–10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 27

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระดับปฏิบัติน้อย คิดเป็นร้อยละ 40, ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35, ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42 และปัจจัยสนับสนุน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของระดับตัวแปรด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ แรงจูงใจ และปัจจัยสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ระดับ	ร้อยละ	$\overline{X}$	SD	Min	Max
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	น้อย	40	77.91	4.56	71	87
ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล	ปานกลาง	35	101.11	4.88	93	111
ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ	ปานกลาง	42	50.07	2.74	44	55
ปัจจัยสนับสนุน	ปานกลาง	45	38.32	1.23	35	42

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ด้านการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.727, 0.543, p-value < 0 = .001, 0.001 ตามลำดับ) แต่ปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล	.727	.001
ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ	.534	.001
ปัจจัยสนับสนุน	.145	.151

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยการรับรู้ของบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านการรับรู้เรื่องของบุคคลในระดับดีจะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีด้วย ซึ่ง เคิรท์ เลวิน อ้างใน เบ็คเกอร์ (Kurt Lewin cited in Becker)[6] เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้ในสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ตนได้ และ โรเซนสต๊อค (Rosenstock)[10] ที่เห็นว่าการรับรู้ของบุคคลจะมีผลโดยตรงต่อความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับคำกล่าวของ สมจิต หนุเจริญกุล[11] ที่กล่าวถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self care requisites) โดยเป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้

ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง หากได้รับปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับสูง จะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับที่สูงด้วย สอดคล้องกับ บำเพ็ญจิต แสงชาติ[12] ที่กล่าวว่าผู้ป่วยควรเลือกทำกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยจัดช่วงเวลาของการพักผ่อนให้เพียงพอ ควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง รวมทั้งหาวิธีแก้ไขปัญหาการนอนไม่หลับและลดความไม่สุขสบายที่อาจรบกวนการนอนหลับ เช่น อาการคันตามผิวหนังซึ่งเกิดจากภาวะ Jaundice เกิดการระคายเคืองทำให้รู้สึกคันไม่ได้เกิดจากการแพ้ ผู้ป่วยจึงควรดูแลตนเอง โดยการทา Calamine lotion หรือ Antipruritus oil ส่วนในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงดูแลให้ได้รับยา Antihistamine ตามแนวการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรดื่มน้ำมากๆ ตามที่ร่างกายต้องการหากไม่มีข้อจำกัด เพื่อช่วยระบายและขับบิลิรูบินออกจากร่างกาย เพื่อช่วยลดอาการคันทำให้สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ กรีนและกรีเตอร์ (Green and Kreuter)[13] ได้กล่าวว่าจำเป็นต้องมี“การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ” ซึ่งเป็น

แรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันเป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมามีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลที่จะกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ

ปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อังคณา นวลยง[14] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การที่ปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง อาจเนื่องมาจาก ขาดการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยใช้แหล่งประโยชน์หรือเครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องไม่มีแนวทางในเรื่องระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี โดยจัดในรูปแบบต่างๆ เช่น อบรม การสอน หรือให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยเน้นให้ทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการกลับเป็นซ้ำของโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคของโรคและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามการรักษา ฝึกปฏิบัติ การดูแลสายระบายน้ำดีและการดูแลแผลทางออกของสาย จัดทำตารางการสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี เป็นต้น

2. เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเกี่ยวกับการทำแผลบริเวณทางออกของสายระบายน้ำดี และการล้างสายระบายน้ำดีอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านได้ เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้กับผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประเด็นอื่นๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัวอื่นๆ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี เพื่อนำปัจจัยที่ค้นพบมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายน้ำดี ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ในการเผชิญกับโรคและการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนพัฒนาความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการศึกษาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์กับการศึกษาโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็งชนิดอื่น

4. นำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยแนะนำให้คำปรึกษาและตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยงวณิชย์ และโสพิศ วงศ์คำ. Cholangiocarcinoma: Update for today and tomorrow.การประชุมวิชาการคณะแพทย์ศาสตร์ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2551; 8 ตุลาคม 2551; ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
2. อภิชิต แสงปราชญ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต], อุบลราชธานี; มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553.
3. โรงพยาบาลราชวิถี. สถิติผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม. กรุงเทพฯ : แผนกศัลยกรรม; 2554.
4. Chamberlain RS, Blumgart LH, editors. Hepatobiliary surgery. Landes Bioscience: University of Michigan; 2000.
5. อาคม ชัยวีระวัฒนะ, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษณ์ และธีรวุฒิ คูหะเปรมะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.
6. Becker MH. The health model and sick role behavior. The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles, B. Slack 1974; 2:324–47.
7. นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
8. Wongkonkitsin, N., A. Phugkhem, K. Jenwitheesuk, O. Saeseow and V. Bhudhisawasdi. 2006. "Palliative surgical bypass versus percutaneous transhepatic biliary drainage on unresectable hilar cholangiocarcinoma". J Med Assoc Thai, 89(11): 1890–1895.
9. สุวิมล ติรกานันท์. **การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
10. Rosenstock IM. Historical original of the health belief model. Health Education Monographs; 1974.
11. สมจิต หนุเจริญกุล. การพยาบาล ศาสตร์ของการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พริ้นติ้ง; 2544.
12. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. คู่มือทักษะชีวิตในการจัดการกับอารมณ์และความเครียด. ขอนแก่น ฯ: คลังนานาวิทยา; 2544.
13. Green LW., Kreuter MW. Health promotion planning. An Educational and Environmental Approach. 2nd ed. Palo Alto: Mayfield; 1991.
14. อังคณา นวลยง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.