

ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COACHING PROGRAM ON CARING ABILITY OF CAREGIVERS IN HEAD
AND NECK CANCER PATIENTS WITH NASOGASTRIC TUBE FEEDING

Flying Officer Nattawadee Sookphiroh



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความสามารถในการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสาย
ให้อาหารทางจมูก
โดย เรืออากาศโทหญิงณัฐวดี สุขไพเราะ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

ณัฐวดี สุขไพเราะ : ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่ม (THE EFFECT OF COACHING PROGRAM ON CARING ABILITY OF CAREGIVERS IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS WITH NASOGASTRIC TUBE FEEDING) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ, 164 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มระหว่างก่อนและภายหลังการได้รับโปรแกรมการสอนแนะและเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่ม ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนแนะซึ่งได้นำแนวทางการสอนแนะของอดีตและจอห์นสันมาใช้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสอนแนะ แผนการสอนและคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลและแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยจนถึงเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุด 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

5577216936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: COACHING PROGRAM / CAREGIVER / HEAD AND NECK CANCER PATIENTS / NASOGASTRIC TUBE FEEDING

NATTAWADEE SOOKPHIROH: THE EFFECT OF COACHING PROGRAM ON CARING ABILITY OF CAREGIVERS IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS WITH NASOGASTRIC TUBE FEEDING. ADVISOR: ASST. PROF. RUNGRAWEE NAVICHARERN, 164 pp.

This study employed a quasi-experimental design. It aimed to compare the ability of caregivers in taking care of patients with head and neck cancer with nasogastric tube feeding before and after receiving a coaching program and compare the ability between caregivers who received the coaching program and those who received conventional nursing care. The research sample comprised 60 caregivers of patients with head and neck cancer with nasogastric tube feeding at Bhumibol Adulyadej Hospital. Purposive sampling was used to separate the patients into the control and experiment groups – 30 participants in each. The groups were matched in terms of sex, age, relationship and education level. The experiment group received the coaching program. This program was based on the coaching model of Eaton and Johnson while the control group received the usual nursing care. Experimental tools included the coaching program, teaching plan and guidebook for caregivers. Data collection included a questionnaire on demographic information and the ability of the caregiver to take care of patients with head and neck cancer with nasogastric tube feeding. The duration of the study totaled 4 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The research findings were as follows:

1. The ability of caregivers to take care of patients after receiving the coaching program was significantly higher than that of the pre-intervention ($p < 0.05$)
2. The ability of caregivers to take care of patients in the experimental group who had received the coaching program was significantly higher than the control group who had learnt through conventional nursing care ($p < 0.05$)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผศ.ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่เสนอแนะแนวทางและข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.สุรีพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และ ผศ.ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่เสนอแนะทางที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคนที่ให้ความรู้และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี อีกทั้ง ท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้ถูกต้องและมีความเหมาะสม

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พยาบาลและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม ชั้น 9/2 และ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกโสต ศอ นาสิกกรรม ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และ สุดท้ายที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทุกคนที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมงานวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
สมมุติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก.....	12
2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก.....	24
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม.....	36
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก.....	40
5. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก.....	45
6. แนวคิดทฤษฎีการสอนแนะ.....	54

7. โปรแกรมการสอนแนะสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก.....	58
8. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก.....	62
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	63
10. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	67
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
การดำเนินงานวิจัย.....	87
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	91
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	92
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	97
สรุปผลการวิจัย.....	101
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	105
ข้อเสนอแนะ.....	106
รายการอ้างอิง.....	107
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115

ภาคผนวก ข จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย และจดหมายขอดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัย	117
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	125
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	129
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	164



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างสูตรอาหารชนิดผสมเอง.....	26
ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกประเภท ลักษณะและตัวอย่างสูตรอาหาร	27
ตารางที่ 3 แสดงความต้องการพลังงานตามเพศ/ อายุ.....	28
ตารางที่ 4 แสดงความต้องการพลังงานตามประเภทผู้ป่วยมะเร็ง.....	28
ตารางที่ 5 แสดงการจับคู่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร ทางจมูกจำแนกตามเพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ ระดับการศึกษาและ บุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย.....	70
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรค ระยะโรค การรักษาและ ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย.....	71
ตารางที่ 7 แสดงการแก้ไขแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ.....	82
ตารางที่ 8 แสดงการแก้ไขแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ คอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	85
ตารางที่ 9 แสดงค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือ จากกลุ่ม ตัวอย่างที่ทดลองใช้.....	87
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนและภายหลังได้รับการ สอนแนะของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง	94
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	95
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ภายหลังได้รับการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	96
ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิ่งผู้ป่วยชอบและผูกพันบุคคลที่ ใกล้ชิดและชนิดอาหารผสม.....	152

	หน้า
ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรค ระยะเวลาโรค การรักษา และค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย.....	154
ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยรวม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคมและประเภของผู้ดูแล.....	155
ตารางที่ 16 แสดงคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการ สอนแนะ.....	157
ตารางที่ 17 แสดงคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนและภายหลังได้รับการพยาบาล ตามปกติ.....	159
ตารางที่ 18 แสดงคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	160
ตารางที่ 19 แสดงคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2.....	163

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งศีรษะและคอมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่า 35,000 รายต่อปีหรือร้อยละ 4-5 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด (Ferlay, 2010) และคาดการณ์ว่าในปีค.ศ.2020 จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอใกล้เคียงกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (Chaturvedi, 2011) สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคในปี 2014 ที่พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชาย 20 คน ในประชากร 100,000 คนในฝรั่งเศส ฮังการี อินเดีย และ ประเทศในทวีปยุโรป แอฟริกา อเมริกาและอเมริกาใต้ (Siegel, 2014) อุตสาหกรรมผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในอเมริกา ประมาณร้อยละ 3 ของมะเร็งทั้งหมด พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนเท่ากับ 3:1 (Net Editorial Board, 2015)

สำหรับประเทศไทย อุตสาหกรรมโรคมะเร็งในประเทศไทยว่า อัตราการเกิดโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะมีผู้ป่วยรายใหม่ 120,000 คน/ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบัน โดยมีมะเร็งศีรษะและคอพบมากเป็นอันดับที่ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) จากการศึกษาพบว่า มะเร็งศีรษะและคอมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทุกปีและมีอุบัติการณ์สูงขึ้น จากสถิติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2554 พบว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุดเป็นอันดับ 2 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงได้แก่การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การติดเชื้อไวรัส HPV หรือไวรัส EBV นอกจากนั้นพบว่าการเคี้ยวหมากเป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ (โรงพยาบาลจุฬารัตน์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอร้อยละ 40 มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะพร่องด้านโภชนาการ (กันยรัตน์ กัตถุญญ, 2552) ซึ่งมีผลจากพยาธิสภาพของมะเร็งในระยะต่าง ๆ ของโรคทำให้มีการอุดตันของระบบทางเดินอาหารจากการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง มีการตีบแคบของทางเดินอาหาร (ซัสสุตา ธนอมรพงศ์, 2557) หรือจากโรคมะเร็งโดยตรงที่มีการเผาผลาญพลังงานและสารอาหารในร่างกายสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น (Barbara, 2011) นอกจากนั้นยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารลดลงจากอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา (กานตรัตน์ โรจนพันธ์, 2556) และสภาพจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา (Perry, 2000) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ท้อแท้สิ้นหวังทำให้เกิดความอยากอาหารลดลงส่งผลต่อภาวะโภชนาการ (นงลักษณ์ สรรสม, 2553) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้

จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารทางปากเป็นการใส่สายให้อาหารทางจมูก เพื่อป้องกันหรือลดภาวะทุโภชนาการ (Zainul, 2011) อุบัติการณ์ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการใส่สายให้อาหารทางจมูกถึงร้อยละ 69 ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็น ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป (จิตติพร ยุบลพริ้ง, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนั้น มีความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจ (Ranare, 2013) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้เพียงพอ ทั้งที่เกิดจากโรคมะเร็งที่เป็นและสายให้อาหารทางจมูก ทำให้มีการตีบแคบของทางเดินอาหารจำเป็นต้องได้รับการใส่สายให้อาหารทางจมูก เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลด้านโภชนาการ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องการ การพักผ่อนเพื่อลดอาการ เหนื่อยล้าทั้งจากโรคที่เป็นและการรักษาและได้รับสารน้ำที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนั้นยังมีปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากเกิดความวิตกกังวลจากการสูญเสียภาพลักษณ์ในขณะที่ ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ท้อแท้สิ้นหวัง หมดกำลังใจ รู้สึกไม่มีความมั่นคงในชีวิต ด้านร่างกายและจิตใจ (เรวัต วิศรุตเวช, 2554) ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวนั้นทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับ บทบาทหน้าที่ของตนเองและมีการพึ่งพาผู้ดูแล (Patternson, 2012)

จากที่กล่าวมา ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกจึงมีความสำคัญ ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อลดภาวะทุโภชนาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา รวมทั้งลดอัตราการกลับเข้ามา รักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (จอม สุวรรณโณ, 2546) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาเนื่องจากเป็นบุคคลที่ตอบสนอง ต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ (Shu-Chen, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพิจารณาบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลว่ามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่นั้น ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพและการ ประกอบอาชีพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อมั่นในการดูแล แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและเพิ่ม คุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ถือว่าเป็นประสบการณ์ใหม่สำหรับผู้ดูแล การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะแรกจึง

ก่อให้เกิดความวิตกกังวล มีความไม่มั่นใจ รู้สึกว่ากิจกรรมการดูแลเป็นเรื่องยากลำบาก มีการศึกษาที่สนับสนุนว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเมื่อได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและ รู้สึกว่าตนเองไม่มีความเชื่อมั่นและไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก (Mayre-Chilton, 2012) จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลต้องการความรู้และข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (วารุณี มีเจริญ, 2556) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลที่จะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Margaret, 2012) จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นและทักษะต่าง ๆ ที่จะดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

จากการทบทวนการพยาบาลตามปกติที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผล ร่วมกับการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักการพยาบาลขั้นพื้นฐาน กล่าวคือ มีการสอนและสาธิตการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการสอนวิธีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกพร้อมกับให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตามหลัก METHOD (อภิญา เพียรพิจารณ์, 2553) ซึ่งไม่มีกิจกรรมที่แสดงถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นรายบุคคล กล่าวคือ ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ดูแลที่จะนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและ การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลซึ่งเป็นการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลและรู้สึกถึงภาระที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากขาดการฝึกทักษะและขาดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้ทำให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากให้แก่ผู้ดูแลเกิดความไม่พร้อมที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย (Garcia & Paron, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีผู้นำแนวคิดการสอนแนะของอิตันและจอห์นสัน (2000) ไปใช้ประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ เช่น การใช้โปรแกรมสอนแนะช่วยในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร, 2547) ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทำให้ค่าระดับน้ำตาลสะสมลดลง (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2551) เพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (แสงรุ่ง รักอยู่, 2556) และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง (สมฤดี อรุณจิตร, 2558) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบที่ยังไม่มีโปรแกรมการสอนแนะเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งจากข้อมูลวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการสอนแนะช่วยทำให้เกิดความเชื่อมั่นและทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึง

คาดหวังว่าโปรแกรมการสอนแนะเมื่อนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้เพิ่มมากขึ้น

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถแก่ผู้ดูแลให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีการประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ผู้รักษาและทีมโภชนบำบัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง โปรแกรมการสอนแนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยอีกแนวทางหนึ่งซึ่งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและพัฒนาทักษะแก่ผู้ดูแลที่ตอบสนองความต้องการ การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยการกำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ให้คำชี้แนะ เสริมแรงให้เกิดความมั่นใจร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Eaton & Johnson, 2000) โดยการฝึกทักษะในเรื่องการเตรียมอาหารผสม การให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การติดตามดูแลภายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการดูแลด้านจิตใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างก่อนและภายหลังการได้รับโปรแกรมการสอนแนะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกภายหลังได้รับการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะหรือไม่
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกในกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก มีความสำคัญเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยมีภาวะพร่องโภชนาการและมีภาวะอดกั้นของทางเดินอาหารส่วนบนตั้งแต่หลอดอาหารมีภาวะเป็ยงเบนด้านสุขภาพทำให้ไม่สามารถกลืนอาหารได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีพยาธิสภาพอดกั้นของทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีความพร่องในการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหารและการเตรียมอาหาร และไม่สามารถจัดเตรียมอาหารได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลบางส่วน ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (2000) ที่เน้นว่าเมื่อบุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเองบางส่วนและต้องการการส่งเสริมการดูแลตนเอง พยาบาลต้องค้นหาแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์จากปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งแหล่งประโยชน์ คือ บุคคลในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้ป่วยมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านการได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การมีกิจกรรมและการพักผ่อน รวมถึงความต้องการทางด้านจิตใจให้มีกำลังใจเพื่อลดความซึมเศร้า

จากที่กล่าวมา ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะในการที่จะจัดกระทำการดูแลกับผู้ป่วยโดยจำเป็นต้องมีพยาบาล ซึ่งตามแนวคิดของโอเรมนั้นทำหน้าที่ในการส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านโดยทำหน้าที่ในการสอนและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อให้เกิดทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

การสอนแนะจัดเป็นกระบวนการที่สามารถพัฒนาความรู้ความสามารถและส่งเสริมทักษะและความสามารถของบุคคล แนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาพัฒนาทักษะการดูแลได้ คือแนวทางการสอนแนะของอิตันและจอห์นสัน (2000) ซึ่งมีการศึกษาว่าสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีผู้นำแนวคิดการสอนแนะของอิตันและจอห์นสันไปใช้ประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ เช่น การใช้โปรแกรมสอนแนะช่วยในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร, 2547) ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทำให้ค่าระดับน้ำตาลสะสมลดลง (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2551) เพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (แสงรุ่ง รักอยู่, 2556) และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง (สมฤดี อรุณจิตร์, 2558) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แก่ผู้ดูแล ซึ่งงานวิจัยนี้ได้มาด้วยการนำแนวคิดการสอนแนะของอิตันและจอห์นสัน (2000) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถมาประยุกต์ใช้ เพื่ออธิบายความสามารถของผู้ดูแลในการพัฒนาความสามารถในการดูแลแบบองค์รวมที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้

อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ กำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์สถานการณ์ สำรวจทางเลือก วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ และการประเมินผล ผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของไอเรม ดังมีรายละเอียดของขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมาย (Goal Definition) กำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยอธิบายถึงผลที่ได้รับจากการสอนแนะโดยใช้หลักการ SMART Goal กล่าวคือ เป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง (Specific) สามารถวัด (Measured) ปฏิบัติได้ (Achievable) และมีความคุ้มค่า (Relevant) ภายในระยะเวลาที่กำหนดตกลงร่วมกัน (Timed) เพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้แก่

1) ด้านร่างกาย ได้แก่

1.1) มีทักษะในการเตรียมอาหารผสม เกี่ยวกับเรื่อง การเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับและวิธีการทำอาหารผสม โดยสามารถตอบข้อซักถามและปฏิบัติตามขั้นตอนที่สอนแนะเกี่ยวกับการคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับและสามารถทำอาหารผสมได้ ในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง

1.2) มีทักษะในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เกี่ยวกับเรื่อง วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา โดยสามารถตอบข้อซักถามและปฏิบัติตามขั้นตอนที่สอนแนะเกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การได้รับยา ได้อย่างถูกต้อง ในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง

1.3) มีทักษะในการติดตามดูแลภายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เกี่ยวกับเรื่อง การดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีทักษะในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยสามารถตอบข้อซักถามและปฏิบัติตามขั้นตอนที่สอนแนะเกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า สังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง

2) ด้านจิตใจ ได้แก่ มีทักษะในการดูแลด้านจิตใจ โดยแสดงให้เห็นถึงวิธีการให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ ในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis) ประเมินความน่าเชื่อถือด้วยการค้นหาจุดแข็งจุดอ่อนของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการพูดคุย ซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินภาวะโภชนาการและการซักถามแนวทางการดูแลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายให้

อาหารทางจุมก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เป็นรายบุคคล เช่น ระดับการศึกษา ความสนใจ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว อาชีพและเวลาที่ผู้ดูแลมีให้กับผู้ป่วยในแต่ละวัน รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอกและการสำรวจ แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ มีสถานบริการสาธารณสุข ใกล้บ้าน หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจทางเลือก (Exploration) เพื่อหาแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อไปให้ถึง เป้าหมายในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยทำการสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้และประสบความสำเร็จจากแนวทางการดูแลที่ปฏิบัติมา รวมถึงหาแนวทางในการปฏิบัติการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุมกร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ดูแลในแต่ละราย จากการวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน ในการดูแลให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุมกของผู้ดูแล หากทักษะด้านใดเป็นจุดแข็งของผู้ดูแล ผู้วิจัยจะส่งเสริมทักษะในด้านนั้นให้มีความสามารถในการดูแลตามเป้าหมายนั้นมากยิ่งขึ้น หากทักษะในด้านใดที่ถือว่าเป็นจุดอ่อนของผู้ดูแล ผู้วิจัยจะช่วยสอนแนะนำในส่วนที่ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ได้ หรือเกิดความสงสัยและไม่เข้าใจ ให้มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้ดียิ่งขึ้น โดยร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ (Action) โดยให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดความยอมรับในการปฏิบัติกิจกรรม ด้วยการร่วมกัน กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติโดยแจกแจงเป็นพฤติกรรมย่อยว่าจะปฏิบัติกิจกรรมใดบ้างที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุมกตามเป้าหมายต่าง ๆ ที่ได้ กำหนดไว้ข้างต้น โดยใช้แผนการสอนแนะนำและคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุมกที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ร่วมกับการสาธิตวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุมกโดยผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ (Learning) ให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการปฏิบัติทักษะการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุมกตามเป้าหมายและแนวทางที่ตกลงร่วมกันไว้ในขั้นวางแผนการปฏิบัติและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการเลือกชนิดและการคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุมก การดูแลสายให้อาหารทางจุมก การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้ารวมถึง การสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลแสดงวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุมกซึ่งถือเป็นการสาธิตย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับ (Feedback) เป็นกระบวนการตรวจสอบและเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเป็นการประเมินผลผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุมกที่ได้ปฏิบัติในช่วงระยะเวลาของการเรียนรู้ด้วยการประเมินทักษะ

และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อทำการปฏิบัติ เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

จากที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก กิจกรรมประกอบด้วยการสอนแนะตามขั้นตอนการสอนแนะของอิตันและจอห์นสัน 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน การสำรวจทางเลือก การวางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ การเรียนรู้การปฏิบัติ ในเรื่อง การเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ และการประเมินผลย้อนกลับ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการติดตามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลรวมทั้งการให้ความรู้และทักษะเพิ่มเติม ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบและต่อเนื่องตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและภายหลังการทดลอง (Pretest – Posttest , control group designs)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสอนแนะนำการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและทางเดินอาหารส่วนต้นและไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหารซึ่งเป็นลักษณะเป็นสายผ่านทางจมูก โดยปฏิบัติตามกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ตั้งแต่รักษาตัวที่โรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านโดยไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนในการดูแล

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแล ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแบบองค์รวมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย

1. ด้านร่างกาย

1.1 ความสามารถในการเตรียมอาหารผสม ได้แก่ การเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ การทำอาหารผสมโดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์และหน่วยโภชนาการ

1.2 ความสามารถในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก และการดูแลให้ได้รับยาผ่านทางสายให้อาหารทางจมูก

1.3 ความสามารถในการติดตามดูแลภายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้แก่ การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้าและการสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

2. ด้านจิตใจ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วยวิธีการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

โปรแกรมการสอนแเน่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง กิจกรรมและกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการระบุแนวทางเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลและมีทักษะจนเกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมประกอบด้วย การสอนแเน่ตามขั้นตอนการสอนแเน่ของอิตันและจอห์นสัน 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน การสำรวจทางเลือกเพื่อหาแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อไปถึงเป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม การเรียนรู้การปฏิบัติ ฝึกทักษะในเรื่องการเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยาและน้ำ การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เช่น จำนวนการขับถ่าย อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด การสำลัก รวมถึงการติดเชื้อเป็นต้น และการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ และการประเมินผลย้อนกลับเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลรวมทั้งการให้ความรู้และทักษะเพิ่มเติมทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบและต่อเนื่องตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ในวันที่ 3,5,7 และระยะที่กลับไปพักรักษาตัวที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรมการทดลอง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลร่วมกับใช้แนวทางการปฏิบัติตามหลักการพยาบาลขั้นพื้นฐาน กล่าวคือ มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกพร้อมกับให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตามหลัก METHOD ประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่มีความเกี่ยวข้องกับ 1) Medication การให้ยา 2) Environment การดูแลสิ่งแวดล้อม 3) Treatment การ

ติดตามการรักษา 4) Health promotion การสร้างเสริมสุขภาพ 5) Out patient การมาตรวจตามนัด และ 6) Diet การดูแลด้านโภชนาการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการ มีแนวทางในการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง ศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน
2. ด้านการศึกษา สามารถนำโปรแกรมการสอนแนะนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกแก่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้น
3. ด้านการวิจัย นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกเช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังศีรษะและคอ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
5. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
6. แนวคิดทฤษฎีการสอนแนว
7. โปรแกรมการสอนแนวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
8. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

1.1 ความหมาย

คำว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนั้นมา 2 คำ คือ คำว่า มะเร็งศีรษะและคอ และ คำว่า การได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิชาการให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และ การได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ไว้หลายท่าน ได้แก่

กานตรัชต์ โรจนพันธ์ (2556) ให้ความหมายว่า มะเร็งศีรษะและคอหรือมะเร็งหู คอ จมูก หมายถึง มะเร็งบริเวณทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนบนรวมทั้งอวัยวะที่อยู่ใต้ฐานกะโหลกศีรษะจนถึงระดับกระดูกไหปลาร้า ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการเจริญเติบโตและการ

แบ่งตัวของเซลล์โดยไม่อยู่ภายใต้กลไกการควบคุมของร่างกายจนกระทั่งมีการแบ่งตัวไปเรื่อย ๆ จนเป็นก้อนขึ้น

พรชัย โอเจริญรัตน์ (2550) ให้ความหมายว่า มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นในเยื่อผิวทางเดินหายใจและทางเดินอาหารส่วนต้น โดยตำแหน่งที่สำคัญในทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนบนที่อาจเป็นมะเร็ง ได้แก่ ช่องปาก ช่องคอ โพรงรอบจมูก กล่องเสียง ต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำลาย

Patternson และคณะ (2012) ให้ความหมายว่า มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง มะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน (Orpharynx) ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูก (Nasopharynx) ไฮโปฟาริงซ์ (Hypopharynx) หูชั้นกลาง ลูกตา และต่อมน้ำลาย

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์โดยไม่อยู่ภายใต้กลไกการควบคุมของร่างกาย

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกไว้หลายท่าน ได้แก่

ผ่องศรี ศรีมรกต (2553) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง บุคคลที่ได้รับอาหารโดยตรงเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารผ่านทางสายให้อาหารทางจมูกที่ใส่ทางจมูกโดยการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนี้ โดยมีข้อบ่งชี้เมื่อผู้ป่วยมีความเสื่อมในการได้รับอาหารเข้าสู่ร่างกาย แต่การดูดซึมสารอาหารยังเป็นปกติ

สมจิต หนูเจริญกุล (2539) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก คือผู้ป่วยที่ได้รับอาหารลงสู่กระเพาะอาหาร มักเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืนไม่รู้สีกตัวหรือมีภาวะโภชนาการไม่ดี

สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา (2550) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับอาหาร (Nutrients) เข้าสู่ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system) โดยผ่านทางสาย (Tube) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ทางปาก แต่ระบบทางเดินอาหาร ยังคงสามารถย่อยและดูดซึมอาหารได้ (functional GI tract)

อภิญา เพียรพิจารณ์ (2553) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การให้โภชนบำบัดโดยผ่านทางสายให้อาหารทางจมูกซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น สามารถต่อสู้กับโรคและทนต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร หมายถึง บุคคลที่ได้รับอาหารโดยตรงเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารผ่านทางสายให้อาหารทางจมูกจากปัญหาเรื่องการกลืนหรือมีภาวะโภชนาการไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น

ดังนั้น จากความหมายข้างต้น เมื่อบอกว่า มะเร็งศีรษะและคอ ร่วมกับคำว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและทางเดินอาหารส่วนต้นและไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายให้อาหารซึ่งเป็นลักษณะเป็นสายผ่านทางจมูกจากปัญหาเรื่องการกลืนหรือมีภาวะโภชนาการบกพร่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น

1.2 อุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มะเร็งศีรษะและคอมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่า 35,000 รายต่อปีหรือร้อยละ 4-5 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด (Ferlay, 2010) คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอใกล้เคียงกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (Chaturvedi, 2011) สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคในปี 2014 ที่พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชาย 20 คน ในประชากร 100,000 คนในฝรั่งเศส ฮอลแลนด์และประเทศในทวีปยุโรป แอฟริกา อเมริกาและอเมริกาใต้ (Siegel, 2014) อุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในอเมริกาประมาณร้อยละ 3 ของมะเร็งทั้งหมด พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนเท่ากับ 3:1 (Net Editorial Board, 2015)

สำหรับประเทศไทย มะเร็งศีรษะและคอพบมากเป็นอันดับที่ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด จากการศึกษาพบว่า มะเร็งศีรษะและคอมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทุกปีและมีอุบัติการณ์สูงขึ้นจากสถิติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.9 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 18.5 ในปี พ.ศ.2552 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) นอกจากนี้จากสถิติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2554 พบว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุดเป็นอันดับ 2 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงได้แก่การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (ชัชสุดา ธนอมรพงศ์, 2557) สำหรับในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชนั้น อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอเพิ่มขึ้นจากสถิติข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชในปี พ.ศ.2555-2558 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.39 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 11.53 ในปีพ.ศ 2556 (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2558)

ตำแหน่งที่พบบ่อย คิดเป็นร้อยละของมะเร็งศีรษะและคอที่พบในประเทศไทยในปี พ.ศ.2556 ได้แก่ (คณะทำงานหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล, 2558)

1) บริเวณในช่องปาก (Oral cavity) ซึ่งประกอบด้วย ริมฝีปาก (Mucosal surface of the lip) เยื่อบุข้างแก้ม (Buccal mucosa) เนื้อเยื่อใต้ลิ้น และรอบ ๆ ลิ้น เหงือก (Alveolus) ลิ้น (Tongue) และเพดานแข็ง (Hard palate) พื้นปาก (Floor of mouth) และเยื่อบุพื้นที่สุดท้าย (Retromolar Triangle) พบได้มากที่สุดร้อยละ 35

2) คอหอยส่วนบน (oropharynx) ซึ่งประกอบด้วย โคนลิ้น (Base of tongue) ต่อมทอนซิล(Tonsil) เพดานอ่อน (Soft palate) และ ลิ้นไก่ (Uvula) พบได้ร้อยละ 20

3) คอหอยส่วนจมูก (Nasopharynx) และ คอหอยส่วนล่าง (Hypopharynx) ครอบคลุมตำแหน่ง Posterior cricoid, Pyriform sinus และผนังคอหอยด้านหลัง (Posterior pharynx wall) พบได้ร้อยละ 25

4) กล่องเสียง (Larynx) ครอบคลุมตำแหน่ง ฝาปิดกล่องเสียง (Supraglottis) กล่องสายเสียง (Glottis) และใต้กล่องสายเสียง (Subglottis) พบได้ร้อยละ 10

5) โพรงอากาศข้างจมูก (Paranasal sinuses) โพรงจมูก (Nasal cavity) ต่อมน้ำลาย (Saliva gland) และต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) พบได้ร้อยละ 10

อวัยวะเหล่านี้เป็นอวัยวะที่ช่วยในการรับประทานอาหาร การหายใจและการสื่อสารจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต นอกจากนี้บริเวณดังกล่าวเป็นบริเวณใบหน้า ซึ่งแสดงถึงภาพลักษณ์ของบุคคลคนนั้น การเป็นมะเร็งศีรษะและคอจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

1.3 ระยะของโรคมะเร็ง

การจัดแบ่งระยะความรุนแรงของโรคมะเร็งเป็นการประเมินการดำเนินของโรคมะเร็ง ช่วยให้ทราบถึงตำแหน่งที่เฉพาะเจาะจงของมะเร็งในร่างกาย ซึ่งมีความสำคัญในการพยากรณ์โรค การวินิจฉัย การวางแผนการรักษา รวมทั้งช่วยในการเปรียบเทียบประเมินผลการรักษาพยาบาล ซึ่งการแบ่งระยะของโรคมะเร็งมีรายละเอียดดังนี้ (บุปผา นันมา, 2558; วิชาญ หล่อวิทยา, 2544)

1.3.1 การแบ่งระยะของโรค ระบบ TMN (Tumor Node Metastasis) มี 2 ระบบ คือ AJCC (American Joint Committee on Cancer) และUICC (International Union Against Cancer) แต่ที่นิยมใช้กันมากคือระบบ TMN โดย American Joint Committee on Cancer ซึ่งจะบอกระยะของมะเร็งตามความรุนแรงและการกระจายของโรค มีประโยชน์ในการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความมากน้อยของโรคและช่วยในการวางแผนการรักษา เปรียบเทียบผลการรักษา และยังช่วยบอกถึงการดำเนินของโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป ซึ่งในปัจจุบันการ

รักษามะเร็งจะใช้ลักษณะของเนื้อเยื่อและตำแหน่ง เป็นตัวตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาโดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

Tumor size (T): ขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ

Tx	ไม่สามารถประเมินขนาดของมะเร็งได้
T0	ไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นของมะเร็งได้
Tis	มะเร็งระยะเริ่มแรก
T1	มะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2 เซนติเมตร
T2	มะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 4 เซนติเมตร
T3	มะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 4 เซนติเมตร
T4	มะเร็งมีขนาดโตมาก ลุกลามไปเนื้อเยื่อข้างเคียงหรือทะลุถึงกระดูก
T4a	มะเร็งกระจายไปในโครงสร้างอื่น ๆ ที่สามารถผ่าตัดได้
T4b	มะเร็งกระจายไปในโครงสร้างอื่น ๆ ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

Regional node (N): ขนาดและจำนวนของต่อมน้ำเหลือง

Nx	ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้
N0	ไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง
N1	มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 3 เซนติเมตร
N2	มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร หรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองด้านตรงข้ามได้ หรือทั้งสองข้าง
N2a	มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 3 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร
N2b	มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหลายตำแหน่งข้างเดียวกับก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 6 เซนติเมตร
N3	มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 6 เซนติเมตร

Distant metastasis (M): การแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่อวัยวะอื่น

Mx	ไม่สามารถประเมินได้ว่ามะเร็งมีการแพร่กระจาย
M0	ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง
M1	มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ

เมื่อนำเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้น กำหนดเป็นระยะของโรคมะเร็ง ได้ดังนี้

Staging grouping

Stage 0 Tis N0 M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งระยะแรก

Stage I T1 N0 M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดเล็กไม่เกิน 2 ซม.

Stage II T2 N0 M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดตั้งแต่ 2 ซม. แต่ไม่เกิน 4 ซม.

Stage III T3 N0 M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดโตมากกว่า 4 ซม.

T1 N1 M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดโตมากกว่า 2 ซม. และลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 3 ซม.

T2 N1 M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดโตตั้งแต่ 2-4 ซม. และลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 3 ซม.

T2 N1 M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดโตมากกว่า 4 ซม. และลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 3 ซม.

Stage IVa T4 N0 M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดโตมากกว่า 4 ซม. และลุกลามไปเนื้อเยื่อข้างเคียงหรือทะลุถึงกระดูก

T4 N1 M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดโตมากกว่า 4 ซม. และลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 3 ซม.

Stage IVb AnyTN2M0 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดโตมาก และลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 3-6 ซม.

AnyT N3M1 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดโตมาก และลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกับก้อนมะเร็งขนาดมากกว่า 6 ซม.

Stage IVc AnyT AnyN M1 หมายถึง มีก้อนมะเร็งขนาดโตมาก และลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเดียว/ตรงข้าม/ทั้งสองข้างกับก้อนมะเร็งขนาดมากกว่า 6 ซม. และลุกลามไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย

1.3.2 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งโดยวิธีการตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histologic) เป็นการจำแนกความแตกต่างของเซลล์ว่าเซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเพียงใดซึ่งเป็นการบอกถึงความรุนแรงของโรค (degree) การแบ่งด้วยวิธีนี้เรียกว่า เกรด (grading) แบ่งได้เป็น 4 เกรด คือ

Grade I หรือ Well differentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงแต่มีลักษณะเช่นเดียวกับเซลล์ปกติ

Grade II หรือ Moderately differentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงมีลักษณะบางส่วนแตกต่างกับเซลล์ปกติ

Grade III หรือ Poorly differentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะการแบ่งตัว มีลักษณะคล้ายคลึงเซลล์ปกติเล็กน้อย

Grade IV หรือ Undifferentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งมีลักษณะไม่เหมือนกับเซลล์ปกติเลย

1.3.3 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งโดยอาศัยการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเรียกว่า ระยะ (staging) ซึ่งมี 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณต้นกำเนิดภายในอวัยวะหรือเนื้อเยื่อนั้น ยังไม่มีการแพร่กระจาย

ระยะที่ 2 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อใกล้เคียง

ระยะที่ 3 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 4 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ

ในงานวิจัยนี้ แบ่งระยะของโรคมะเร็งโดยอาศัยการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งซึ่งเป็นการแบ่งระยะของโรคมะเร็งโดยรวมที่มีความเข้าใจง่าย ไม่มีความซับซ้อน เนื่องจากมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยไม่สามารถแบ่งระยะของโรคมะเร็งตามระบบ TMN ได้อย่างชัดเจน

1.4 การรักษา

การรักษา มะเร็งศีรษะและคอแบ่งเป็น 2 ระยะ (โกสินทร์ วิระชกร, คมสันต์ อารงอนันตสกุล, & วิยะดา ปัญจกร, 2557)

1.4.1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะที่ 1 และ 2 (Early stage: T1-2N0) มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 3 ที่มารับการรักษาในระยะนี้การรักษาด้วยการผ่าตัดหรือใช้รังสีรักษาสามารถควบคุมโรคได้ใกล้เคียงกัน พบอัตราการรอดชีวิต 5 ปี เมื่อเข้ารับการรักษาในระยะที่ 1 สูงถึงร้อยละ 90 และลดลงเหลือร้อยละ 70 เมื่ออยู่ในระยะที่ 2

1.4.2 ระยะลุกลาม (Local advance stage: T3N0, T4a Any N, T1-3N1-3) การรักษาที่เป็นมาตรฐานในระยะนี้ คือการผ่าตัดแล้วตามด้วยรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด โดยพิจารณาให้รังสีรักษาหรือเคมีบำบัดตามผลการผ่าตัดและผลตรวจทางพยาธิวิทยา

การพิจารณาการรักษา มะเร็งศีรษะและคอในปัจจุบันนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ระยะของโรค ตำแหน่งของอวัยวะที่เป็น เป้าหมายของการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังจากการรักษา โดยการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการรักษาที่ได้รับการยอมรับและเป็นมาตรฐานคือการรักษาแบบผสมผสานประกอบด้วย(สุรศักดิ์ พุฒานุกภาพ, 2549)

1) การผ่าตัด มักได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรกเนื่องจากการผ่าตัดเป็นการรักษาที่สามารถทำได้รวดเร็ว สิ้นสุดในระยะเวลาสั้นและระยะติดตามผลข้างเคียงภายหลังจากการรักษาน้อยกว่า

เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้รังสีรักษาซึ่งต้องใช้เวลาอย่างน้อย 5-7 สัปดาห์ในการรักษาและต้องติดตามอย่างน้อย 3 เดือนจึงทราบผลการรักษา ส่วนการติดตามผลข้างเคียงใช้ระยะเวลาหลายปี การผ่าตัดทำได้โดยตัดมะเร็งต้นกำเนิดและต่อมน้ำเหลืองที่คอกออกและพิจารณาการรักษาเพิ่มหากผลพยาธิวิทยาพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ไม่สามารถตัดได้หมดทั้งก้อน การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองเยื่อหุ้มผิวต่อมน้ำเหลืองถูกกลืน โดยพิจารณาใช้รังสีรักษาหรือรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

2) เคมีบำบัด เป็นการรักษาด้วยการใช้ยาต้านมะเร็ง โดยมักใช้ในระยะที่รุนแรงที่มีการแพร่กระจายของโรคหรือระยะลุกลามสู่อวัยวะอื่น เช่น ตับ ปอดและกระดูกสันหลัง โดยทั่วไปจะเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ควบคู่กับการผ่าตัดและ/หรือรังสีรักษา เพื่อลดความเจ็บป่วยหรือลดความพิการที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกผ่าตัดออกกลดลงหรือเก็บอวัยวะนั้นไว้ได้ มี 3 วิธี คือ

2.1) การให้เคมีบำบัดที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาก่อนการผ่าตัด หรือรังสีรักษา (Neoadjuvant chemotherapy: NAC) เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งให้ม็ก่อนขนาดเล็กลงให้เหมาะสมกับการผ่าตัดหรือฉายรังสี

2.2) การให้เคมีบำบัดภายหลังการรักษาเฉพาะที่ เพื่อกำจัดเซลล์ที่มีการกระจายออกนอกบริเวณโรคแล้ว (Adjuvant chemotherapy)

2.3) การให้เคมีบำบัดควบคู่กับการฉายแสง (Concurrent Chemo Radio Therapy: CCRT) โดยมีวัตถุประสงค์เพิ่มประสิทธิภาพของการทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งจะทำให้ควบคุมโรคบริเวณที่ให้รังสีรักษาและควบคุมการกระจายออกนอกบริเวณที่ให้รังสี

3) รังสีรักษา (Radiotherapy) เป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งด้วยการใช้หลักไอโอไนเซชัน (ionization) ซึ่งเป็นรังสีประเภทเดียวกับรังสีเอ็กซ์ (x-ray) ที่ใช้ในการตรวจโรค แต่รังสีที่ใช้รักษามีพลังงานสูงกว่าหลายเท่า และใช้จำนวน/ขนาด/ปริมาณรังสีในการรักษาสูงกว่าการตรวจโรคมาก ซึ่งปริมาณรังสีที่ใช้รักษามีผลทำให้เซลล์มะเร็งแตกสลายและในขณะเดียวกันก็ทำลายเซลล์ปกติที่เป็นทางผ่านด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตั้งแต่ ระยะที่ 3 ขึ้นไปที่การรักษาร่วมกันแบบผสมผสาน ได้แก่รังสีรักษา เคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการกลืนลำบาก เยื่อช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน จนทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

1.5 ผลกระทบจากมะเร็งศีรษะและคอ

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในประเทศไทยมีถึงร้อยละ 40 มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะพร่องด้านโภชนาการซึ่งมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวลดลง (กันยรัตน์ กตัญญู, 2552) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการการดูแลตนเองในด้านร่างกาย ได้แก่ การมีภาวะพร่อง

โภชนาการเนื่องจากการอุดกั้นของทางเดินอาหารส่วนบน การไม่สามารถจัดการกับการปฐหรือเลือกชนิดของอาหารได้ การมีภาวะอ่อนล้า และด้านจิตใจที่เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงทำให้ความอยากอาหารลดลงและมีภาวะทุพโภชนาการ (กานตรัตน์โรจนพันธ์, 2556) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหารถึงร้อยละ 50 เพื่อส่งเสริมโภชนาการ เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มอัตราการรอดชีวิต (Zainul, 2011) สอดคล้องกับอุบัติการณ์การใส่สายให้อาหารประเทศไทย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับการใส่สายให้อาหารทางจมูกภายหลังการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอร้อยละ 69 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บและการทำลายโครงสร้างของกระบวนกรกลืน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการสำลักและเกิดปอดอักเสบจากการสำลักหลังการผ่าตัดได้ นอกจากนี้การรักษาร่วม ได้แก่รังสีรักษาเคมีบำบัด ยังทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการกลืนลำบาก เยื่อช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนจนทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารทางปากเป็นการใส่สายให้อาหารทางจมูกถึงร้อยละ 50 (จิตติพร ยุบลพริ้ง, 2552) นอกจากนี้ จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนั้นยังมีภาวะพร่องด้านโภชนาการซึ่งพบได้บ่อยถึงร้อยละ 45.6 ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงร้อยละ 23.1 (Claire, 2004)

1.6 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนั้น มีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในเรื่องเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพ ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นการเป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วย การวินิจฉัย ชนิดและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ ได้แก่ แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น ผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ รับรู้และสนใจตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง ประกอบด้วย

1.6.1 ต้องการอากาศที่ถ่ายเทสะดวก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีปัญหาเรื่องระบบทางเดินหายใจจากตัวโรคเองหรือไม่สามารถขับเสมหะเองได้ทำให้ทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น บางรายจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือได้รับเจาะคอและการดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้น

1.6.2 ต้องการอาหารที่เพียงพอเพื่อช่วยให้ร่างกายมีภูมิต้านทานและซ่อมแซมเนื้อเยื่อปกติที่ถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงน้อยลงและทำให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้นซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับประทานอาหารผสมชนิดทำเองที่มีคุณค่าทางสารอาหารครบถ้วน 5 หมู่

1.6.3 ต้องการน้ำอย่างเพียงพอ วันละ 2000-2500 ml. หากไม่มีข้อจำกัดเพื่อช่วยให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ชุ่มชื้น ป้องกันการจับตัวเป็นผลึกของกรดยูริกที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของรังสีและป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอจากอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

1.6.4 ต้องการการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ จึงจำเป็นต้องได้รับอาหารที่มีกากใยและมีสุขนิสัยการขยับถ่ายที่ดีเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกหรืออาหารไม่ย่อย

1.6.5 ต้องการความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการพักผ่อนมากกว่าการทำกิจกรรมเนื่องจากอาการอ่อนล้า รับประทานอาหารได้น้อยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีแรง อ่อนเพลีย ต้องการการพักผ่อน

1.6.6 ต้องการรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการอยู่อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งผู้ดูแลสามารถจัดช่วงเวลาซึ่งช่วยให้ความต้องการการดูแลตนเองตอบสนอง ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันของบุคคลในครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตัวเอง เกิดแรงจูงใจที่จะตอบสนองการดูแลตนเองมากขึ้น ด้วยการนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน

1.6.7 ต้องการการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ได้ เนื่องจากมีอาการอ่อนล้าไม่สามารถปกป้องตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์ซึ่งส่งผลทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือและจัดการให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

1.6.8 ต้องการการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวที่ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ โดยผู้ดูแลสามารถช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่และกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เป็นไปตามปกติได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจและมีคุณค่าในตนเอง

1.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอมีผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1.7.1 โรคมะเร็งโดยตรง โดยพบว่าตำแหน่งและขนาดของก้อนมะเร็งที่โตไปอุดตันทางเดินอาหารหรือขัดขวางการกลืนอาหาร ซึ่งก้อนมะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณศีรษะและคอบน เป็นการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ร่างกาย เมื่อก้อนมีขนาดโตขึ้นจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการกลืนและย่อยอาหาร เนื่องจากมีอาการเจ็บปวดในช่องปาก ฟันและเหงือกซึ่งมีสาเหตุจากตัวโรคและการรักษา ส่งผลกระทบต่อกรกลืนอาหารลงสู่หลอดอาหารและกระเพาะอาหาร จึงจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร (กานตรักษ์ต์ โรจนพันธ์, 2556)

1.7.2 เมตาบอลิซึมที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งมีการหลั่งสารเคมีที่มีผลโดยตรงต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย เช่น Lipid Metabolize factor Proteolysis-Inducing factor (PIF) ทำให้มีการสลายและสังเคราะห์โปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตในร่างกายผิดปกติ และไม่ได้สัดส่วนกัน (Hansson et al.) ซึ่งในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวจากโรคมะเร็งจะมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มมากขึ้นกว่าคนปกติ (Barbara, 2011) ทำให้การนำพลังงานและสารอาหารมาใช้ได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเกิดภาวะ cachexia ตับทำหน้าที่เพิ่มขึ้นเพื่อช่วยเปลี่ยนกรดแลคติกเป็นกลูโคส ทำให้สมรรถภาพการทำงานของตับลดลง นอกจากนี้ผลผลิตของเซลล์มะเร็งยังทำให้มีการดูดซึมของสารอาหารได้น้อยลง เกิดของเสียคั่งในเซลล์มากขึ้น และกลไกการเก็บรักษาโปรตีนของร่างกาย Body protein และ lean body mass ผิดปกติ เนื่องจากคนปกติจะดึงไขมันในร่างกายมาใช้ก่อนแต่ผู้ป่วยมะเร็งจะดึงโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้ก่อนทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ (กานตริชต์ โรจนพันธ์, 2556) แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับประทานอาหารทางปากได้ลดลงทำให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงานในร่างกายและไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้จึงจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหาร (Jormain, 2007)

1.7.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารลดลงจากอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความรู้สึกอยากอาหารน้อยลง น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลาสั้น ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการรักษา ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการพลังงานและสารอาหารไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป แต่มีการกินได้น้อยลงเนื่องจากมีอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทั้งการผ่าตัด การได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปากและคอ น้ำลายแห้ง กลืนลำบาก ทำให้เบื่ออาหาร ทำให้ไม่ยอมรับรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Claire, 2004) นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บและการทำลายของกล้ามเนื้อ กระดูก และกระดูกอ่อนที่เป็นโครงสร้างของกระบวนการกลืน และการรักษาร่วม ได้แก่ รังสีรักษาและเคมีบำบัดก็ทำให้เกิดภาวะกลืนลำบากเกิดจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ภาวะน้ำลายแห้งหรือทางเดินอาหารตีบแคบส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานอาหารหรือมีอาการเบื่อการรับประทานอาหาร จนต้องเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารทางปากเป็นการใส่สายให้อาหารทางจมูกหรือหน้าท้องเพื่อป้องกันหรือลดภาวะทุพโภชนาการ (จิตติพร ยุบลพริ้ง, 2552)

1.7.4 อาการปวด จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความปวดที่เกิดขึ้น มีผลจากการดำเนินของโรคร้อยละ 78 เมื่อก่อนมะเร็งโตขึ้น มีการลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อของอวัยวะ ส่งผลให้มีการกดเบียดเส้นประสาทหรือต้นเยื่อหุ้มอวัยวะ มีการแทรกเข้าหลอดเลือดและต่อมน้ำเหลือง เกิดการอุดตันส่งผลให้มีการคั่งของเลือดและต่อมน้ำเหลืองจึงเป็นสาเหตุทำให้มีอาการ

ปวดจากการศึกษาพบว่าระดับความปวดที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์เชิงลบกับพลังงานอาหารที่ได้รับ (กานตรัตน์ โรจนพันธ์, 2556) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาบรรเทาอาการปวดแต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบาก รับประทานอาหารหรือยาทางปากไม่ได้ จึงจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหารร่วมกับการได้รับยาบรรเทาอาการปวด (ซัสสุตา ธนอมรพงศ์, 2557)

1.7.5 สภาพจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยหมดกำลังใจ เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ซึมเศร้าและวิตกกังวลกลัวการรักษา มีความรู้สึกไม่แน่นอนและคิดถึงความตาย (Perry, 2000) ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเป็นภาระให้ครอบครัวต้องคอยจัดการเรื่องอาหาร ต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากขึ้น (สุธิสา เต็มทับ, 2549) โดยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและการรักษาซับซ้อนกว่าผู้ป่วยอื่น เนื่องจากบริเวณศีรษะและคอเป็นอวัยวะส่วนที่เสมือนเอกลักษณ์ ของบุคคล ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลขาดความมั่นคงในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร ทำให้ความอยากอาหารน้อยลง นอกจากนั้นยังมีผลต่อด้านจิตสังคม ทำให้มีความบกพร่องในการสื่อสารและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวออกจากบุคคลรอบข้างและรับประทานอาหารแยกเพียงคนเดียว (Mary & Haisfield, 2009)

จากที่กล่าวข้างต้น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะพร่องด้านโภชนาการ ซึ่งมีผลจากพยาธิสภาพของมะเร็งในระยะต่าง ๆ ของโรคหรือจากการเผาผลาญพลังงานและสารอาหารในร่างกายสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารลดลงจากอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และสภาพจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ท้อแท้สิ้นหวัง มีความอยากอาหารลดลงส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารทางปากเป็นการใส่สายให้อาหารทางจมูกเพื่อป้องกันหรือลดภาวะทุพโภชนาการ จากปัญหาดังกล่าว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันหรือลดการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีปัญหาทุพโภชนาการ ดังนั้นพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ การกลืนลำบาก ก้อนจากตัวโรค และจากการรักษาด้วยการให้รังสีรักษาและเคมีบำบัด จึงจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกเพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการและป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

2.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

การพยาบาลผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ที่ปัญหาทางสุขภาพ การช่วยเหลือบุคคลให้สามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง ให้คำแนะนำด้านสุขภาพมุ่งด้านการดูแลตนเองด้วยการส่งเสริมสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยทั้งในภาวะปกติ และดูแลด้านจิตสังคม

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ได้แก่

ผ่องศรี ศรีมรกต (2553) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การปฏิบัติที่แสดงถึงวิธีการได้รับอาหารโดยตรงเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารผ่านทางสายให้อาหารทางจมูกที่ใส่ทางจมูกโดยการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนี้มีข้อบ่งชี้เมื่อผู้ป่วยมีความเสื่อมในการได้รับอาหารเข้าสู่ร่างกาย แต่การดูดซึมสารอาหารยังเป็นปกติ

สมจิต หนูเจริญกุล (2553) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เป็นการดูแลให้อาหารลงสู่กระเพาะอาหาร โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางวิธีนี้มักเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืน ไม่รู้สึกตัวและภาวะโภชนาการไม่ดี

สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา (2550) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การดูแลให้ได้รับอาหาร (Nutrients) เข้าสู่ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system) โดยผ่านทางสาย (Tube) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ทางปาก แต่ระบบทางเดินอาหาร ยังคงสามารถย่อยและดูดซึมอาหารได้ (functional GI tract)

อภิญา เพียรพิจารณา (2552) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การกระทำโดยการให้โภชนบำบัดโดยผ่านทางสายให้อาหารทางจมูกซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น สามารถต่อสู้กับโรคและทนต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

Kimberly Holland (2011) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกหมายถึงการกระทำที่ให้อาหารเข้าสู่ร่างกายเมื่อรับประทานอาหารไม่เพียงพอหรือรับประทานอาหารไม่ได้ ซึ่งอาหารที่ได้รับอยู่ในรูปของของเหลวผ่านสายให้อาหารทางจมูกสู่กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก

Pauline (2010) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การปฏิบัติที่กระทำกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับสารอาหารทางปากได้หรือมีอาการกลืนลำบาก หรือต้องการสารอาหารเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกาย ซึ่งเป็นการรักษาแบบชั่วคราวหรือใช้แบบยาวนานในกรณีที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ โดยส่วนใหญ่สายที่ให้อาหารผลิตจาก polyurethane or silicone โดยวัดขนาดในหน่วยของ French units (each French unit equals 0.33 millimeters) ซึ่งจะต้องพิจารณาในการใช้ต่อไป

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การกระทำที่ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับอาหารผ่านทางสายให้อาหารทางจมูก โดยดูแลให้อาหารผ่านทางสายทางจมูกให้อาหารซึ่งเป็นของเหลวผ่านทางสายให้อาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ เพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนั้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อป้องกันหรือลดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้กระบวนการพยาบาล (อภิญา เพียรพิภรณ์, 2553) ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือปัญหาเกี่ยวกับภาวะพร่องด้านโภชนาการ และมีปัญหาเรื่องสภาพจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านร่างกาย ได้แก่ การมีภาวะพร่องโภชนาการ การมีภาวะอ่อนล้า การไม่สามารถจัดการกับการปรุงหรือเลือกชนิดของอาหารได้และด้านจิตใจที่เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง

2.2.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากมีภาวะอดอยาก ในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ข้อมูลสนับสนุน คือ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งสามารถประเมินได้จากน้ำหนักตัวที่ลดลง ดัชนีมวลกาย การรับประทานอาหารที่ลดลง

2.2.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ด้วยการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลว่าจะปฏิบัติกิจกรรมใดบ้างที่ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ประกอบด้วย

1) การเลือกชนิดของสายให้อาหาร ให้เหมาะสมกับการใช้งาน ได้แก่

1.1) แบบ Polyvinylchloride (PVC) เหมาะกับการใช้เป็นสายให้อาหารในระยะสั้น ราคาถูกทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย ขนาดที่แนะนำใช้เป็นสายให้อาหารได้แก่ขนาด 12-16 Fr.

1.2) แบบซิลิโคน เหมาะกับการใช้เป็นสายให้อาหารทางจมูกในระยะยาว เนื่องจากมีความคงทนและยืดหยุ่นได้ดีกว่า อีกทั้งยังทำความสะอาดได้ง่าย แต่ราคาสูงกว่า

2) การเลือกชนิดของอาหารผสม การเลือกสูตรอาหารที่ให้ทางสายให้อาหารทางจมูกขึ้นอยู่กับความต้องการสารอาหารของผู้ป่วยแต่ละคน การทำหน้าที่ในการดูดซึมสารอาหารของทางเดินอาหาร สภาวะน้ำในร่างกาย และระดับความเครียด ได้แก่

2.1) อาหารผสมชนิดทำเอง เป็นอาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร เตรียมจากอาหาร 5 หมู่ โดยเลือกอาหารแต่ละหมู่ที่สามารถปั่นผสมเข้าด้วยกัน ซึ่งมีทั้งผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ น้ำตาล และน้ำมันพืช โดยเตรียมส่วนผสมให้สุก ปั่นผสมเข้าด้วยกัน กรองเอากากที่ไม่ละเอียดออก มีลักษณะเป็นของเหลว สลื่นไหลง่าย ซึ่งสามารถผ่านสายให้อาหารเข้าสู่ร่างกาย ข้อดีของอาหารผสมชนิดทำเองคือได้รับคุณค่าทางสารอาหารครบ มีกากใยช่วยในการขับถ่าย แต่มีข้อเสีย คือ จัดเตรียมยากและใช้เวลานาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างสูตรอาหารชนิดผสมเอง (รุจิรา สัมมะสุต, 2554)

คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน = 50:20:30 (ส่วนผสมอาหารสายยาง (1000 Kcal/1000 CC))		
ส่วนผสม	จำนวน	ปริมาณ
ผักกาดขาว	100 กรัม	16 ช้อนโต๊ะ
ฟักทอง	50 กรัม	8 ช้อนโต๊ะ
ฟักเขียว	100 กรัม	16 ช้อนโต๊ะ
กล้วยน้ำว้า	50 กรัม	8 ช้อนโต๊ะ
ตับไก่	50 กรัม	4 ช้อนโต๊ะ
อกไก่	100 กรัม	7 ช้อนโต๊ะ
ไข่ไก่	100 กรัม	2 ฟอง
น้ำมันพืช	15 กรัม	3 ช้อนชา
น้ำตาลทราย	100 กรัม	8 ช้อนโต๊ะ

2.2) อาหารผสมสูตรสำเร็จรูป มีสูตรอาหารมากกว่า 100 ชนิดที่มีใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งอาหารผสมสูตรสำเร็จรูป มีข้อดี คือ สามารถจัดเตรียมง่าย ไม่ต้องใช้เวลานาน แต่มีข้อเสีย คือ ในบางสูตรอาจไม่มีกากใยอาจทำให้มีอาการท้องผูกได้ง่าย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกประเภท ลักษณะและตัวอย่างสูตรอาหาร (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

จำแนกประเภท	ลักษณะอาหาร	ตัวอย่างสูตรอาหาร
โปรตีนปั่นปกติ	ความเข้มข้นสมดุล มีคุณค่าทางโภชนาการครบ มีใยอาหารทั้งที่มีส่วนผสมของแลคโตสและไม่มีส่วนผสมของแลคโตส	สูตรดัดแปลงแบบสมบูร์ณ สูตรมาตรฐานไวตานิ็ด
สูตรกากน้อย โปรตีนมาตรฐาน	ความเข้มข้นสมดุล มีคุณค่าทางโภชนาการครบ ไม่มีส่วนผสมของแลคโตส	เอนทริชั่น 1.0 ไอโซคอล ไอโซลัน ไอโซซอส ออสโมไลท์รีซอส
สูตรปานกลาง โปรตีนสูง	ความเข้มข้นสมดุล มีคุณค่าทางโภชนาการครบ ไม่มีส่วนผสมของแลคโตส	เอนทริชั่น 1.0 ไอโซคอล เอชเอ็น ไอโซซอสเอชเอ็น ออสโมไลท์เอชเอ็น
สูตรเข้มข้น	พลังงานสูง (1.5-2 Kcal/ml) ไม่มีส่วนผสมของแลคโตส คุณค่าทางโภชนาการครบ ความเข้มข้นสูงกว่าปกติ	ไอโซคอล เอช ซี เอ็น แมกนาคอล ทูคอลเอชเอ็น นูเทรน 2.0
สูตรเพิ่มกากใย	ความเข้มข้นสมดุล คุณค่าทางโภชนาการครบ ไม่มีส่วนผสมแลคโตส มีกากใยในสัดส่วน 5-14 g/l มีปริมาณโปรตีนมาตรฐานถึงปานกลาง	ไฟเบอร์ซอส เจวิตี้ ไฟเบอร์เลน อัลตราคอลล
สูตรโปรตีน ละลายในน้ำได้ ไขมันต่ำพิเศษ	คุณค่าทางโภชนาการครบไม่มีส่วนผสมแลคโตส มีพลังงานจากไขมันน้อยกว่าร้อยละ 10 ความเข้มข้นสูงกว่าปกติ มีส่วนผสมของกรดอะมิโนมีความยาวของสายเปปไทด์แตกต่างกัน	แอคคิวเปป เอช พีเอฟ คริติแคร์ เอชเอ็น ไวท์สไฮด์โนโทรเจน
สูตรไขมันต่ำ	คุณค่าทางโภชนาการครบ ไม่มีส่วนผสมของแลคโตส มีพลังงานจากไขมันร้อยละ 11-3- ความเข้มข้นสูงกว่าปกติ มีส่วนผสมของกรดอะมิโนมีความยาวของสายเปปไทด์แตกต่างกัน	ทราวาซอร์บ เอชเอ็น ทราวาซอร์บสูตร มาตรฐาน
สูตรไขมัน ปานกลาง	คุณค่าทางโภชนาการครบ ไม่มีส่วนผสมของแลคโตส มีพลังงานจากไขมันร้อยละ 30-35 (MCT สูง) ความเข้มข้นสูงกว่าปกติ มีความยาวของสายเปปไทด์แตกต่างกัน มีส่วนประกอบของกรดอะมิโน	เปปทาเมน เรียบิเลน

3) คำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ ความต้องการพลังงานในผู้ป่วยทั่วไป โดยผู้ป่วยผู้ใหญ่เพศชายช่วงอายุ 19-30 ปีต้องการพลังงานวันละ 2,150 กิโลแคลอรี อายุ 31-59 ปี ต้องการพลังงานวันละ 2,100 กิโลแคลอรี ส่วนในผู้ป่วยผู้ใหญ่เพศหญิง อายุ 19-59 ปี ต้องการวันละประมาณ 1,750 กิโลแคลอรีขึ้นอยู่กับแรงงานที่ใช้และภาวะโภชนาการของบุคคลนั้นด้วย ดังตารางที่ 3 แต่สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีน้ำหนักปกติ ควรได้รับพลังงานเท่ากับ 25-35 กิโลแคลอรี/น้ำหนัก/วันและผู้ป่วยที่ผอมควรให้พลังงานเพิ่มขึ้นเป็น 40-50 กิโลแคลอรี/น้ำหนัก/วันดังตารางที่ 4 หรืออาจใช้สูตรโดยคำนวณจากความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน (Basal energy expenditure: BEE) ดังนี้

$$\text{ผู้ชาย BEE} = 66.42 + (13.5 \times \text{น้ำหนัก}) + (5 \times \text{ส่วนสูง}) - (6.77 \times \text{อายุ})$$

$$\text{ผู้หญิง BEE} = 655.10 + (9.66 \times \text{น้ำหนัก}) + (1.85 \times \text{ส่วนสูง}) - (4.68 \times \text{อายุ})$$

ตารางที่ 3 แสดงความต้องการพลังงานตามเพศ/ อายุ (รุจิรา สัมมะสุต, 2554)

เพศ/ อายุ	ความต้องการพลังงาน
เพศชาย/ 19-30	2150 cal
เพศชาย/ 31-59	2100 cal
เพศหญิง/ 19-59	1750 cal

ตารางที่ 4 แสดงความต้องการพลังงานตามประเภทผู้ป่วยมะเร็ง (รุจิรา สัมมะสุต, 2554)

ประเภทผู้ป่วย	ความต้องการพลังงาน
ผู้ป่วยมะเร็งที่มีน้ำหนักปกติ	25-35 kcal/BW/day
ผู้ป่วยมะเร็งที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ	40-50 kcal/BW/day

นอกจากนั้นยังต้องมีการวางแผนคำนวณเกี่ยวกับสัดส่วนของสารอาหารที่ให้พลังงานอย่างเหมาะสม กล่าวคือ พลังงานที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้นควรได้จากโปรตีนร้อยละ 15-20 ไขมัน ร้อยละ 30-35 และคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 45-55 และควรได้รับไขมันในรูปของกรดไลโนเลอิกร้อยละ 10-12 ของพลังงานที่ได้รับ ซึ่งจะควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และอัตราส่วนระหว่างพลังงานที่ไม่ได้มาจากโปรตีนต่อไนโตรเจนอย่างเหมาะสมเพื่อให้ร่างกายสามารถนำเอากรดอะมิโนที่ดูดซึมเข้าไปสร้างโปรตีนภายในร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพควรให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานที่ไม่ได้จากโปรตีนขนาด 150 cal/ 1g ไนโตรเจน หรือ 24cal/ 1g โปรตีน และกำหนดความเข้มข้นของพลังงาน 1-1.2 cal/ ml ซึ่งจะให้พลังงานและน้ำแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการได้รับสารน้ำของผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะน้ำเกินหรือภาวะขาดน้ำ

4) คำนวณค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เพื่อประเมินภาวะโภชนาการก่อนและภายหลังการวิจัย ซึ่งเป็นที่นิยมใช้คิดคำนวณได้ง่าย ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษ สามารถใช้เป็นเกณฑ์บอกประสิทธิภาพของการปรับตัวด้านโภชนาการของบุคคลได้ เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกายขององค์การอนามัยโลกแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4.1) ภาวะทุพโภชนาการมีค่าดัชนีมวลกาย 16-18.49 kg/m^2 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 มีค่าดัชนีมวลกาย 17-18.49 kg/m^2 2) ภาวะทุพโภชนาการระดับ 2 มีค่าดัชนีมวลกาย 16-16.99 kg/m^2 และ 3) ภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 มีค่าดัชนีมวลกาย $<16 \text{ kg/m}^2$

4.2) ภาวะโภชนาการปกติมีค่าดัชนีมวลกาย 18.5-24.99 kg/m^2

4.3) ภาวะโภชนาการเกินมีค่าดัชนีมวลกาย 25-40 kg/m^2 ซึ่งแบ่งระดับย่อยได้ 3 ระดับ คือ 1) ภาวะโภชนาการเกินระดับ 1 มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.99 kg/m^2 2) ภาวะโภชนาการเกินระดับ 2 มีค่าดัชนีมวลกาย 30-39.99 kg/m^2 และ 3) ภาวะโภชนาการเกินระดับ 3 มีค่าดัชนีมวลกาย $>40 \text{ kg/m}^2$

5) วิธีการให้อาหาร หมายถึง ขั้นตอนการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ประกอบด้วย

5.1) การจัดทำ ควรจัดทำนอนศีรษะสูงหรือนั่งเพื่อป้องกันอาการสำลักหรือขย้อนเพื่อจะได้หยุดการไหลของอาหารได้ทันและมีเวลาในการเฝ้าดูการรับอาหารของผู้ป่วย

5.2) การตรวจสอบตำแหน่งสายให้อาหารทางจมูก เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องปฏิบัติก่อนให้อาหารทุกครั้งเพื่อให้แน่ใจว่า ปลายสายให้อาหารทางจมูกอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้เนื่องจากปลายสายเลื่อนออกมาจนกระทั่งทะลุกระเพาะอาหาร ซึ่งสามารถทดสอบได้ด้วยการสอดสิ่งตกค้างที่อยู่ในกระเพาะอาหาร แต่ถ้าไม่ได้สิ่งตกค้างให้ฟังเสียงลมผ่านปลายสายให้อาหารทางจมูก พร้อมกับฟังเสียงลมตรงบริเวณลิ้นปี่ (Xiphoid process)

5.3) การให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยเลือกวิธีการให้อาหารให้เหมาะสมกับสายให้อาหารทางจมูกแต่ละประเภท หากให้อาหารแบบต่อเนื่องสำหรับสายให้อาหารทางจมูกที่ใส่ลงสู่ลำไส้เล็ก ควรเริ่มต้นด้วยปริมาณ 30-40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเท่าที่ทนได้ทุก 12-24 ชั่วโมง จนกระทั่งได้จำนวนอาหารตามเป้าหมายที่ต้องการ ส่วนการให้อาหารลงสู่กระเพาะอาหารควรเริ่มต้นด้วยปริมาณ 100-120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและเพิ่มปริมาณขึ้นทุก 12-24 ชั่วโมงเท่าที่ผู้ป่วยทนได้ โดยวิธีการให้อาหารทาง NG tube มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

5.3.1) ล้างมือให้สะอาด

5.3.2) เตรียมอุปกรณ์การให้อาหาร ได้แก่ syringe feed อาหารสำลีเช็ดทำความสะอาดและภาชนะใส่อาหารเหลวมาก่อนเพื่อประเมินว่าสามารถให้อาหารมือต่อไปได้หรือไม่

5.3.3) จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนศีรษะสูงหรือท่านั่ง

5.3.4) เปิดจุดที่ปิดรูสายให้อาหารทางจมูกและเช็ดทำความสะอาดด้วยสำลีชุบน้ำสะอาด

5.3.5) สวมปลาย syringe feed เข้ากับรูเปิดของสายให้อาหารทางจมูกให้แน่นแล้วดูดูว่ามีอาหารเหลวมาก่อน (Gastric content) เหลือค้างอยู่หรือไม่ ถ้าดูไม่ได้ให้ตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าปลายสายให้อาหารทางจมูกยังคงอยู่ในกระเพาะอาหาร แต่ถ้าดูได้อาหารเหลวมาก่อนเหลือน้อยกว่า 1 ใน 4 สามารถให้อาหารเหลวมีอนั้นได้ แต่ถ้าเหลือมากกว่า 1 ใน 4 ให้เลื่อนอาหารเหลวมีอนั้นออกไปอีก 1 ชั่วโมงและถ้ามาตรวจสอบพบว่า อาหารเหลวมีอนั้นยังไม่ลดลงให้งดให้อาหารมีอนั้นและติดตามอาการต่อ นอกจากนั้นหากดูแล้วพบว่า content มีลักษณะผิดปกติ ได้แก่ มีลักษณะมีเลือดปน (Coffee ground) หรือมีสีและกลิ่นของของเหลวในกระเพาะอาหารที่ดูได้ที่ผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้

5.3.6) เริ่มให้อาหารโดยใช้ถุงให้อาหารหรือถี syringe ให้อยู่เหนือระดับกระเพาะอาหารเล็กน้อยเพื่อให้อัตราความเร็วของอาหารเหลวที่ได้รับเหมาะสม ไม่เร็วหรือช้าจนเกินไป

5.3.7) เมื่ออาหารเหลวหมดให้เติมน้ำตามแผนการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่จะเติมน้ำประมาณ 50 cc หากไม่ได้จำกัดน้ำหรือต้องการให้น้ำมากกว่าปกติเพื่อป้องกันอาหารและยาตกค้างในสาย

6) การดูแลสายให้อาหารทางจมูก หมายถึงการดูแลไม่ให้สายหลุดตันหรือหักพังงอมีการตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารทางจมูกอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง รวมถึงการทำความสะอาดสายทั้งสายที่ใส่จากจมูก โดยมีวิธีการปฏิบัติดังนี้ระมัดระวังไม่ให้สายยางหลุด ถ้าหลุดต้องแจ้งแพทย์หรือพยาบาล ควรรู้วิธีทำความสะอาดสายยางจากพยาบาลและปฏิบัติตามคำแนะนำ และสายยางจะมีอายุการใช้งาน ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของสายยาง จึงควรสังเกต ถ้าเสื่อมสภาพ ควรแจ้งแพทย์ทราบเพื่อเปลี่ยนให้ใหม่ โดยสังเกตสายยางที่เสื่อมสภาพ คือ อาจมีลักษณะ เปื่อย มีน้ำหรือมีเศษอาหารซึมออกมา ขณะให้อาหาร หรือฉีกขาด เป็นต้น

7) การดูแลผิวหนังบริเวณที่ใส่สายให้อาหารทางจมูก พบว่า มีการเสียดสี การปิดพลาสเตอร์จนถึงรังงุม การลอกพลาสเตอร์บ่อยๆ ควรจะทำความระมัดระวัง มิฉะนั้นการคาหรือดึงรังงายด้วยพลาสเตอร์จะทำให้เป็นแผลกดทับบริเวณรุมงุม บางรายอาจเลื่อนหลุดออกมาจาก

ตำแหน่ง ดังนั้นควรเปลี่ยนพลาสติกหรือทันทีเมื่อลอกหลุดหรือสกปรกและสังเกตบาดแผลกดทับที่อาจเกิดขึ้นบริเวณสายให้อาหารทางจมูกทุกวัน

8) การดูแลความสะอาดปากและฟัน รวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก มักจะมีลื่นเป็นฝ้าขาวจากการมีคราบเมือกไปเกาะ ซึ่งอาจทำให้เป็นเชื้อราได้ ผู้ดูแลควรเตรียมอุปกรณ์และช่วยทำความสะอาดปากและฟันให้สะอาดและควรทำความสะอาดผิวหนังบริเวณใบหน้า โดยเฉพาะบริเวณจมูกเพื่อลดการติดเชื้อและลดอัตราการเกิดโรคปอดอักเสบเนื่องจากสำลักอาหารเข้าทางหลอดลม

9) การดูแลให้ได้รับยา การให้ยาทางสายให้อาหารควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากอาจทำให้เกิดปัญหาได้ เช่น ยามีปฏิกริยากับอาหารแล้วทำให้ยาหมดฤทธิ์ในการรักษา หรือยากับอาหารจับกันเป็นก้อนทำให้สายให้อาหารอุดตัน หรือยาถูกดูดซับไว้ที่สายให้อาหารทำให้ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไปในร่างกายลดลง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการให้ยาผ่านทางสายให้อาหาร ควรปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 2551)

9.1) ประเมินสายให้อาหารนั้นว่ามีปลายสายเปิดที่กระเพาะอาหาร หรือลำไส้ เพื่อเตรียมยาให้เหมาะสมและไม่ถูกทำลายเมื่ออยู่ในสภาวะกรดของกระเพาะอาหารหรือสภาวะด่างของลำไส้ ผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อลดการขย้อนของยา

9.2) หยุดให้อาหารทางสายก่อนให้ยาและต้องไม่ผสมยาลงในอาหาร เพราะมีโอกาสที่ยาจะทำปฏิกริยากับอาหารได้ ทำให้สายอุดตัน ยาถูกดูดซึมน้อยลงหรือการดูดซึมอาหารลดลง

9.3) ล้างสายให้อาหารทั้งก่อนและหลังให้ยา ด้วยน้ำ 15-30 ซีซี เพื่อป้องกันปฏิกริยาระหว่างยาและอาหาร

9.4) หากให้ยามากกว่า 1 ชนิด ห้ามผสมกันแล้วให้ทีเดียว เพราะยาอาจมีปฏิกริยาต่อกัน วิธีที่ควรปฏิบัติคือแยกให้ยาทีละชนิด และล้างสายด้วยน้ำ 10 ซีซี คั่นระหว่างยาแต่ละชนิดเพื่อป้องกันการเกิดปฏิกริยาระหว่างยา แต่หากผู้ป่วยต้องจำกัดน้ำ ให้พิจารณาการให้ยาด้วยวิธีอื่นเช่น ฉีดยา เหน็บยาทางทวารหนัก เป็นต้นเพื่อให้เหลือจำนวนยาน้อยลงที่จะให้ทางสายให้อาหาร

9.5) เลือกให้น้ำเป็นลำดับแรก การนำยาน้ำของเด็กมาให้ผู้ใหญ่ต้องระวังในผู้ป่วยที่ต้องจำกัดน้ำเพราะอาจได้ปริมาณน้ำทั้งหมดเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ นอกจากนี้หากยาน้ำนั้นเป็นยาน้ำเชื่อมจะมีความหนืดมากอาจติดอยู่ในสายให้อาหาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เต็มที่

9.6) ยาเม็ดที่นำมาให้ทางสายให้อาหาร หากไม่มีข้อห้ามการบดให้นำมาบดเป็นผง แล้วผสมน้ำ 10-15 ซีซี จากนั้นจึงดูดน้ำที่มียาผสมอยู่นั้นไปให้ทางสายให้อาหาร

9.7) ยาหลายชนิดมีการออกแบบเป็นพิเศษ ซึ่งห้ามหรือไม่ควรนำมาให้ทางสายให้อาหาร ได้แก่ ยาเคลือบเอ็นเทอริก ยาออกฤทธิ์นาน และยาอมใต้ลิ้น ดังนั้นยารูปแบบนี้ได้รับการออกแบบมาให้เกิดการดูดซึมยาในช่องปากเท่านั้น เนื่องจากยาจะถูกทำลายเมื่ออยู่ในกระเพาะอาหารหรือถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับภายหลังการดูดซึมจากทางเดินอาหารจัดเป็นยาที่สูญเสียฤทธิ์เมื่อกิน

10) การสังเกตและประเมินอาการเพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, 2549) ที่พบได้มีดังต่อไปนี้

10.1) ปอดอักเสบ (Pneumonia) จากการสำลักอาหาร เนื่องจากปลายสายให้อาหารทางจมูกเลื่อนออก (Tube displacement) มาอยู่ในหลอดอาหารหรือเข้าไปในหลอดลม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่อาหารเข้าไปในหลอดลมซึ่งทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบและพัฒนาเป็นภาวะหายใจล้มเหลวได้ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ถึงร้อยละ 95 หรือถ้าปลายสายอยู่ในหลอดอาหารจะทำให้ผู้ป่วยอาเจียนและสำลักได้

10.2) อาเจียน (Vomiting) เนื่องจาก หลายสาเหตุ ได้แก่ ปลายสายเลื่อนมาอยู่ในหลอดอาหาร การให้อาหารทางสายเร็วเกินไปเกิดการหดเกร็งของกระเพาะอาหาร มีลมเข้าไปในขณะให้อาหารทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอาเจียนได้และการจัดท่าไม่เหมาะสมซึ่งท่าที่เหมาะสมในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกคือ ท่าศีรษะสูง (Fowler's position)

10.3) ท้องเสีย (Diarrhea) ซึ่งมีสาเหตุการเกิดได้หลายสาเหตุ คือ ผู้ป่วยไม่มีน้ำย่อยสำหรับย่อยนม (Lactose intolerance) สูตรอาหารมีความเข้มข้นมากเกินไป เป็นสาเหตุให้มีการดึงน้ำออกมาอยู่ในลำไส้มากและเกิดอาการท้องเสียได้ อาหารเหลวที่ทำให้มีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียหรือจากการเก็บอาหารเหลวไม่ถูกต้องตามวิธีการ ทำให้อาหารบูดเป็นสาเหตุทำให้ท้องเสียและการให้อาหารเหลวในอัตราที่เร็วเกินไปในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการย่อยและการดูดซึม

10.4) ท้องผูก (Constipation) ในผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกเกิดขึ้นได้เนื่องจาก อาหารเหลวขาดใยอาหารหรือผู้ป่วยได้รับน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่ได้มีการเคลื่อนไหว ไม่มีแรงเบ่งถ่าย ไม่สามารถบอกความต้องการในการขับถ่ายได้ ดังนั้นจึงควรติดตามเรื่องการขับถ่ายของผู้ป่วยถ้าไม่ถ่ายมากกว่า 3 วันควรให้ยาระบายหรือทำการสวน/ ล้างอุจจาระออก

10.5) ขาดน้ำ (Dehydration) ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก มักจะมีปัญหาขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน ซึ่งสังเกตได้จากผู้ป่วยจะมีผิวแห้ง หยาบกร้าน และริมฝีปากแห้ง

10.6) ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล (Electrolyte imbalance) และขาดวิตามินต่าง ๆ จากสูตรอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะเกลือแร่ไม่สมดุลและขาดวิตามินจากอาหาร 5 หมู่ เช่น ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำหรือสูง (Hypo-hyponatremia) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำหรือสูง (Hypo-hyperkalemia) หรือขาดวิตามินต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึมลง ชักเกร็งกระตุก เป็นต้น

2.2.4 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เพื่อประเมินการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยประเมินจากภาวะโภชนาการ ภายหลังจากการได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

2.3 การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกเป็นการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องภายหลังจากได้รับการดูแลขณะที่อยู่โรงพยาบาล เพื่อติดตามและประเมินผลการพยาบาลให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

2.3.1 ความหมายของการเยี่ยมบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของการเยี่ยมบ้านไว้หลายท่าน ดังนี้ นวลชนิช ลิขิตลือชา (2556) การเยี่ยมบ้าน หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งอาจจะมีรูปแบบและวิธีการทั้งความถี่ในการเยี่ยม และทีมเยี่ยมบ้านที่แตกต่างกันเพื่อเกิดผลคุ้มค่ามากที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่และหามาได้ในแต่ละสถานบริการ

สายพิณ หัตถิรัตน์ (2555) ให้ความหมายว่า การเยี่ยมบ้าน หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจกลับไปเป็นระยะ ๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการถ้าจะให้สมบูรณ์แบบแพทย์อาจจะนำทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งที่ได้

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2555) ให้ความหมายว่า การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การจัดบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้รับบริการที่บ้าน โดยบุคลากรด้านสาธารณสุข การเยี่ยมบ้านถือเป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นบริการที่มีความเหมาะสมต่อผู้รับบริการเฉพาะราย เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีศักยภาพ

โรงพยาบาลศิริราช (2557) ให้ความหมายว่า การเยี่ยมบ้าน หมายถึง กระบวนการส่งเสริมการดูแลติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เป็นความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ กับผู้รับบริการ

มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำและฝึกทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้รับบริการหรือผู้ดูแล

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เป็นกระบวนการติดตามเยี่ยมผู้ดูแลที่มีความต่อเนื่อง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

2.3.2 วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน (สายพิณ หัตถิรัตน์, 2555)

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้
- 2) เพื่อให้ญาติรู้วิธีการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้านและร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย
- 3) เพื่อให้สามารถประเมินทั้งโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
- 4) เพื่อให้ได้ทำความรู้จักและสานต่อความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว
- 5) เพื่อให้สามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้น ๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น สามารถโน้มน้าวหรือแนะนำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยและญาติมีความศรัทธาต่อแพทย์และทีมงานนั้น ๆ

ซึ่งจะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านและการให้บริการสุขภาพที่บ้านนั้น มีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกโดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น

2.3.3 ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกถือว่าการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ประกอบด้วย การพูดคุยสอบถามข้อมูล สภาพความเป็นอยู่ สภาพผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลและความต้องการของผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้แสดงวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการเลือกชนิดและการคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้ารวมถึงการสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งถือเป็นการประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลภายหลังจากได้รับการสอนแนะนำอีกด้วย การเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยในการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1) ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรมการสอนแนะ ผู้วิจัยกับผู้ดูแลจะกำหนดวันและเวลาในการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากได้รับโปรแกรมการสอนแนะและสอบถามที่อยู่โดยให้ผู้ดูแลวาดแผนที่และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2) ระยะเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านตามวันเวลาที่ได้นัดหมายไว้ เพื่อติดตามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วย การพูดคุยสอบถามข้อมูล สภาพความเป็นอยู่ สภาพผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลและความต้องการของผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้แสดงวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการเลือกชนิดและการคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุก การดูแลสายให้อาหารทางจุก การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า รวมถึงการสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งถือเป็นการประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลภายหลังได้รับการสอนแนะอีกด้วย

3) ระยะหลังเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยสรุปผลจากการเยี่ยมบ้านในแต่ละรายโดยจัดทำบันทึกการเยี่ยมบ้านเพื่อนำมาประเมินผลโปรแกรมการสอนแนะต่อไป

2.3.4 ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน

1) เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ

2) เพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลเนื่องจากเป็นการให้การพยาบาลเชิงรุกที่มุ่งเน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นและการส่งเสริมการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยผู้ดูแล

3) ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลได้

จากที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุกที่ผ่านมานั้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อป้องกันหรือลดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ กล่าวคือ มีการปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลซึ่งจะอธิบายพร้อมกับให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุกที่มีความเกี่ยวข้องกับวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุก ร่วมกับการแนะนำวิธีการดูแลและวิธีการทำความสะอาดบริเวณแผลเจาะคอ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผล ร่วมกับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลตามหลักการพยาบาลขั้นพื้นฐานทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำ และผลของการกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น (Orem, 2001) ประกอบด้วย

3.1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 ประการ ดังนี้

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพและการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการตั้งแต่ได้รับการรักษา เนื่องจากเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป หากผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารที่เพียงพอแล้วก็จะส่งผลให้มีการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการท้องผูกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร และมีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนที่เพียงพอ ทำให้อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงลดลง ส่งผลให้มีความสมดุลของเวลาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารมีคุณภาพชีวิต ที่ดีอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้ต่อไป

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับ

กระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะและดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดขึ้น

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ได้แก่ แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของ การวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นนี้ จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกัน อุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

3.1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care) โอเรม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป

3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action)

3.2 ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเรม (Self – care deficit)

ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) กับความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self –care Demand) ความบกพร่องในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของทั้งสองอย่างไม่สมดุลกัน ซึ่งความบกพร่องของทั้งสองอย่างนี้อาจเกิดขึ้นเฉพาะบางส่วน (Partial) หรือทั้งหมด (Complete)

ความบกพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาไม่เพียงพอ บุคคลจึงต้องการ การช่วยเหลือจากพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย ซึ่งทำให้เกิดมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันต้องช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

จากทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองดังกล่าว ปัจจัยที่ส่งเสริมแนวคิดนี้คือ ความต้องการการดูแลตนเองด้านอาหารของผู้ป่วย (Therapeutic self-care demand) มีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ซึ่งเป็นความต้องการที่สำคัญมากประการหนึ่ง ควบคู่กับการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะอาการที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็งและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะพยาบาลและญาติในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายที่จำเป็นจะต้องมีผู้ดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทาน

อาหารเป็นการได้รับอาหารทางสายให้อาหารและทางด้านจิตใจซึ่งจะสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจและเห็นคุณค่าของตนเอง

3.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing system)

จากการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการจัดระบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โอริเอมเชื่อว่าพยาบาลต้องใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งอธิบายได้ตามทฤษฎีระบบการพยาบาล (Nursing system) ซึ่งสามารถแบ่งตามลักษณะของการดูแลโดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (Control of movement and manipulation) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ

3.3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะหรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้ และผู้ป่วยที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้เช่นผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรงในระบบ การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดพยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้ คือสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ช่วยประคับ ประคองและปกป้องผู้ป่วย

3.3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory nursing system) ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยโดยพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วย และช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ระบบนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่สามารถคิด ตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แต่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น

3.3.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive System) ในระบบนี้ผู้ป่วยครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วย จะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในการได้รับอาหารทางสายให้อาหารของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่

1) การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อได้รับอาหารทางสายให้อาหารได้ภายใต้คำแนะนำและการตรวจตราของพยาบาล ซึ่งมักใช้ร่วมกับวิธีการสนับสนุนซึ่งเป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามของผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายอารมณ์และจิตใจ

2) การสอน เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะช่วยให้มีการพัฒนาความรู้หรือทักษะในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้ เนื้อหาที่สอนต้องเสริมความรู้เดิมและมีเหมาะสม

3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจได้จากพัฒนาการรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเจตคติและคุณค่า การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกาย ดังนั้นจะต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับผู้อื่น เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่น ๆ

จากที่กล่าวข้างต้น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนั้นมีความบกพร่องในการดูแลตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งถือว่าอยู่ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน โดยผู้วิจัยได้นำระบบการพยาบาลเกี่ยวกับระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ร่วมกับการสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านจะช่วยลดภาวะพร่องโภชนาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น เกิดความรู้สึกความมีคุณค่าในตัวเอง และมีแรงจูงใจที่จะตอบสนองการดูแลตนเองมากขึ้น

4. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

4.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

คำว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนั้น มาจาก 2 คำ คือคำว่า ผู้ดูแล กับ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้หลายท่าน ดังนี้

Anderson (1994) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่สนับสนุนแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ ทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดล้อม ให้แก่บุคคลที่ต้องพึ่งพาทั้งหมดหรือพึ่งพาบางส่วน เช่น ผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

Bowers (1987) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแลหมายถึง ผู้ที่กระทำพฤติกรรมดูแลให้แก่บุคคลที่รับการดูแล หรืออาจ เป็นพ่อแม่ที่ให้การดูแลเฉพาะสำหรับลูกที่ป่วย มักจะหมายถึงการช่วยเหลือเกี่ยวกับ การทำกิจวัตรประจำวัน

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยมีลักษณะสำคัญคือ มีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น

จันทพร อีรทองดี (2548) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึงบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทนและการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ

วารุณี มีเจริญ (2557) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึง คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้โดยบุคคลดังกล่าวมักเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจและไม่ได้รับค่าตอบแทน

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่กระทำพฤติกรรมดูแลให้บุคคลที่รับ การดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตอารมณ์และจิตวิญญาณ และเป็น ผู้ตอบสนองแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

เมื่อนำรวมกับคำว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง บุคคลที่กระทำพฤติกรรมดูแลให้บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและทางเดินอาหารส่วนต้นและไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายให้อาหารซึ่งเป็นลักษณะเป็นสายผ่านทางจมูกเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนั้นยังเป็นผู้ตอบสนองแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอีกด้วย

4.2 ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นมีหลายประเภทและมีนักทฤษฎีได้ให้แนวคิดหลากหลาย ไว้ เช่น แบ่งตามความรับผิดชอบ หรือแบ่งตามคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่

Horowitz, 1985 (อ้างถึงใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) จำแนกผู้ดูแลตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล คือ

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง บุคคลผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง (Give direct care) โดยมุ่งเน้นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ช่วยแต่งตัว การป้อนอาหาร ช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว การขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้รับการดูแลโดยตรง (Indirect care) หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้รับการดูแลโดยตรงเป็นบางครั้งในกรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือทำหน้าที่คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 ได้สรุปลักษณะสำคัญของญาติผู้ดูแลไว้ดังต่อไปนี้

- 1) ญาติหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยอาจเป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง
- 2) ผู้รับการดูแล (care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะ การเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การรู้คิดตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิด ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการ การดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับ การตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป

3) มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือโดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4) สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

จากคุณลักษณะข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารในการวิจัยนี้ เป็นบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เนื่องจาก เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ โดยไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน ซึ่งกิจกรรมการดูแลเป็นการดูแลที่จำเป็นต้องมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลือ ในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก นั้นเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการสอนแนะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นไปตามการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่กล่าวไว้ในหัวข้อข้างต้น กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย

4.3.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกชนิดและกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับ หมายถึง การปฏิบัติที่แสดงถึงการสอนแนะนำเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารและกำหนดปริมาณอาหารที่เหมาะสมที่ได้รับในแต่ละวันซึ่งได้จากการประเมินภาวะโภชนาการและการกำหนดเป้าหมายที่ทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนและแคลอรีเพียงพอต่อความต้องการ

4.3.2 การติดต่อประสานงานเกี่ยวกับฝึกทำอาหารผสม หมายถึง การปฏิบัติที่แสดงถึงการประสานงานกับหน่วยโภชนาการ ในเรื่องวิธีการทำอาหารผสมโดยการติดต่อประสานงานให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากนักโภชนาการเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำอาหารผสมได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำอาหารผสม รวมถึงการตอบข้อซักถามของผู้ดูแลภายหลังได้รับสอนแนะนำ

4.3.3 การแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การสอนแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ประกอบด้วย การจัดทำขณะได้รับอาหารทั้งทำนั่งหรือทำนอนศีรษะสูง และการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกด้วยวิธีการให้อาหารโดยแบ่งให้เป็นมื้อ วันละ 4-6 ครั้ง ในอัตราเร็วที่เหมาะสมประมาณ 60-80 หยดต่อนาที

4.3.4 การแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสายให้อาหารทางจมูกหมายถึงการปฏิบัติที่แสดงถึงการสอนแนะนำการดูแลไม่ให้สายหลุด หักพับงอหรือมีการดึงรั้ง มีการตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารทางจมูกอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง รวมถึงการล้างสายก่อนและหลังให้อาหารทางสายให้อาหาร

4.3.5 การแนะนำเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้าของผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่แสดงถึงวิธีการดูแลทำความสะอาดปากและฟัน รวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

4.3.6 การแนะนำเกี่ยวกับการดูแลให้ได้รับยา หมายถึง การปฏิบัติที่แสดงถึงการสอนแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ผ่านทางสายให้อาหารทางจมูกซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติตามที่ได้กล่าวไปข้างต้น

4.3.7 แนะนำเกี่ยวกับการประเมินอาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การสอนแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสอบหรือการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้แก่ สำลักหรืออาเจียนจากปริมาณอาหารที่ได้รับมากเกินไปหรือขาดการจัดทำและใช้เทคนิคการให้อาหารที่ไม่เหมาะสมต้องเสียจากการปนเปื้อนของอาหารหรือได้รับอาหารในอัตราที่เร็วเกินไป ท้องผูกหรือมีภาวะขาดน้ำเนื่องจากการเลือกชนิดและกำหนดปริมาณอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

4.3.8 การดูแลด้านจิตใจ หมายถึง การปฏิบัติที่แสดงถึง วิธีการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยโดยผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

4.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

เนื่องจากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีหลายกิจกรรม ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและกิจกรรมที่สัมพันธ์กับบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลทั้งทางด้าน สุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจสังคมตามมาได้แก่

4.4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ดูแลบางคนอาจทุ่มเทร่างกายและแรงใจดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยแขนขาไหล่คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการยก ประคอง หรือช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ในบางคนถึงกับเป็นโรคกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียดที่เกิดจากการดูแลและรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา (Quirine, 2008)

4.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ มักพบปัญหาซึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลต้องปรับจิตใจให้ทนต่อ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผู้ดูแลมักมีอาการซึมเศร้า หดหู่ วิตกกังวล และความเครียดสูงกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน นอกจากนี้ ความเครียดยังอาจเกิดจากความคลุมเครือในบทบาทเนื่องมาจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลหรืออาจไม่สามารถ จัดการต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งได้ ผู้ดูแลอาจรู้สึกถูกคุกคาม เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า ไม่มีใครเข้าใจตนเอง อ้างว้าง โดดเดี่ยว (Patternson, 2012) ทำให้ผู้ดูแลบางคนต้องการออกจากบ้านเพื่อพักผ่อนบ้างหรืออาจเกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา ดังนั้นปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเหล่านี้ควรได้รับความสนใจและหาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลายเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เรื้อรังตามมา

4.4.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นผลจากการที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อีกทั้งการเจ็บป่วยยังทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงด้วยในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวต้องหยุดพักรักษาตัว (Margaret, 2012) นอกจากนี้การดูแลมีผลต่อรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้อง เสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ผู้ดูแลบางรายอาจเกิดความ ขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดี แล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายใน

ครอบครัว อาจมีการผลักระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้ (Jamie, Susan, Michelle, & Paul, 2012)

จากที่กล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารในการวิจัยนี้ เป็นบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลนั้นถือเป็นบทบาทใหม่ที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลกระทำอยู่ โดยเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่ได้เตรียมการมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวกับสถานการณ์การดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความต้องการในการสนับสนุนด้าน สุขภาพ ด้านความรู้ และพัฒนาศักยภาพในการดูแล ด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การให้ความรู้ร่วมกับการสอนแนะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง ลดภาวะทุพโภชนาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

5. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

5.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

จากที่กล่าวข้างต้นในแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (2001) ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น สามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่มีสาเหตุเนื่องจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน โดยมีโครงสร้างลักษณะเช่นเดียวกันกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพียงแต่ปรับเป้าหมายจากการดูแลตนเองเป็นการดูแลผู้อื่น และปรับความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา

ดังนั้นจากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนั้น ผู้วิจัยได้นำระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ร่วมกับการสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ

และคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารจุ่มกได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

5.2 ความต้องการการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มก

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มกนั้น มีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมทั้งในด้านร่างกายและจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้เพียงพอซึ่งเกิดจากโรคมะเร็งที่เป็นและสายให้อาหารทางจุ่มก ทำให้มีการตีบแคบของทางเดินอาหารจำเป็นต้องได้รับการใส่สายให้อาหารทางจุ่มกเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลด้านโภชนาการ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการ การพักผ่อนเพื่อลดอาการเหนื่อยล้าทั้งจากโรคที่เป็นและการรักษาและได้รับสารน้ำที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากเกิดความวิตกกังวลจากการสูญเสียภาพลักษณ์ในขณะที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มก ท้อแท้สิ้นหวัง หดงำลังใจ รู้สึกไม่มีความมั่นคงในชีวิต ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อลดภาวะทุพโภชนาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา รวมทั้งลดอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในภาวะนี้ ได้แก่ แสวงหาข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลและต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพรวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองและการพึ่งพาคู่คนอื่น ๆ ในครอบครัว การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มก ถือเป็นประสบการณ์ใหม่สำหรับผู้ดูแลจึงทำให้เกิดความวิตกกังวล มีความไม่มั่นใจ รู้สึกว่ากิจกรรมการดูแลเป็นเรื่องยากลำบาก มีการศึกษาที่สนับสนุนว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเมื่อได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มกและรู้สึกว่าตนเองไม่มีความเชื่อมั่นและไม่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มก (Mayre-Chilton, 2012) และต้องการความรู้และข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (วารุณี มีเจริญ, 2556) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลที่จะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Margaret, 2012) เนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นภายในระยะเวลาที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540)

จากที่กล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ควรมีแนวทางในการให้ความรู้และการฝึกทักษะ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เนื่องจากผู้ดูแลต้องการ ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นและทักษะต่าง ๆ ในการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกอย่างครอบคลุมและมีความ ต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน

5.3 องค์ประกอบของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

จากที่กล่าวข้างต้นในแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (2001) ที่เกี่ยวข้องกับ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น สามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่มี สาเหตุเนื่องจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน โดยมีโครงสร้าง ลักษณะเช่นเดียวกันกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพียงแต่ปรับเป้าหมายจากการดูแลตนเอง เป็นการดูแลผู้อื่น และปรับความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลที่ ต้องการ การพึ่งพา ซึ่งในงานวิจัยนี้ คือ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ซึ่งมีความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

โดยงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (พญา พันธ์ทอง, 2550) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกตามกระบวนการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่กล่าวไว้ข้างต้น พบว่า ผู้ดูแลควรมีความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกในเรื่องต่าง ๆ ประกอบด้วย

5.3.1 ด้านร่างกาย ได้แก่

1) ความสามารถในการเตรียมอาหารผสม ได้แก่

1.1) การเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับให้เหมาะสมในแต่ละวัน โดยมีแนวทางมาจากการประเมินภาวะโภชนาการและการกำหนดเป้าหมายที่ทำให้ร่างกายได้รับ โปรตีนและพลังงานเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์

1.2) การทำอาหารผสมโดยได้รับคำแนะนำจากหน่วยโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมิน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำอาหารผสม รวมถึงการตอบข้อซักถามของผู้ดูแลภายหลังได้รับ สอนแนะ

2) ความสามารถในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้แก่

2.1) การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ประกอบด้วย การจัดทำก่อน ขณะ และหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารในท่านั่งหรือท่านอนศีรษะสูงและการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกในอัตราเร็วที่เหมาะสม

2.2) การดูแลสายให้อาหารทางจมูกที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลไม่ให้สายอุดตัน หักพับงอหรือมีการดึงรั้ง การตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารทางจมูกให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม รวมถึงการทำความสะอาดล้างสายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

2.3) การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ผ่านทางสายให้อาหารทางจมูก

3) ความสามารถในการติดตามดูแลภายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้แก่

3.1) การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า ด้วยการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันขนอ่อนนุ่มหรือการบ้วนปาก รวมถึงความสะอาดทั่วไปของใบหน้า โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณจมูกที่ปิดพลาสติกและบริเวณรูจมูกที่ใส่สายให้อาหาร เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการเกิดแผลกดทับ

3.2) การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้แก่ สำลักหรืออาเจียนจากปริมาณอาหารที่ได้รับมากเกินไปหรือขาดการจัดท่าและใช้เทคนิคการให้อาหารที่ไม่เหมาะสม ท้องเสียจากการปนเปื้อนของอาหารหรือได้รับอาหารในอัตราที่เร็วเกินไป ท้องผูกหรือมีภาวะขาดน้ำหรือมีภาวะเกลือแร่ไม่สมดุลเนื่องจากการเลือกชนิดและกำหนดปริมาณอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

5.3.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ ด้วยการเสริมสร้างกำลังใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ลดความวิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวังและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ด้วยการสร้างแรงจูงใจ แนะนำทักษะการพูดให้กำลังใจ การโน้มน้าวใจดี การมองโลกแง่บวก และช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่

5.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอโดยเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่มีความคล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพร่องโภชนาการจากการกลืนลำบากเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารทางปากเป็น

การได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้แก่

1) อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่รับผิดชอบ โดยบุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะพัฒนาการของชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่เป็นตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ การตัดสินใจในการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลเปลี่ยนแปลงไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง เมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดีเมื่อมีอายุมากขึ้น การดูแลบุคคลที่อยู่ในความดูแลของตนเองก็น่าจะดีขึ้นตามอายุเช่นเดียวกัน จากการศึกษาของ Patternson (2012) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน มีอายุ 20 ปีขึ้นไปจะเริ่มมีวุฒิภาวะทางด้านจิตใจพร้อมในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Jamie (2012) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร

2) เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ อีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งลักษณะของสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพแตกต่างกัน ในด้านของสังคม ที่อยู่อาศัย พฤติกรรมการใช้ชีวิต โดยพบว่า เพศชายมีปัญหาด้านสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงพบอัตราความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังมากกว่า เพศชายส่งผลให้เพศหญิงสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าเพศชายทำให้การรับรู้ด้านสุขภาพหรือการดูแลตนเองด้อยกว่าเพศชาย (แก้วตา มีศรี, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของนิลรัตน์ วัชรวิชาติ (2543) พบว่า ผู้หญิงเป็นบุคคลที่อุทิศตนต่อการดูแลเพื่อรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ แม้จะขาดประสบการณ์ เนื่องจากสภาพสังคมกำหนดกรอบหน้าที่ของผู้หญิงต่อครอบครัวและยังคาดหวังให้เป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวนั้น

3) ระดับการศึกษา ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการหาความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและแนวทางการดูแลรักษา นอกจากนี้การศึกษายังทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จากการศึกษาของ sit (2014) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 77.6

มีการศึกษาต่ำ ทำให้มีความเข้าใจไม่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน

4) ความรู้ในการดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแล ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ดูแล จึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การใช้ความรู้ในการดูแลนอกจากจะใช้ในการคิดตัดสินใจแล้วยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอีกด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก หมายถึง สิ่งที่เราทำได้ จำได้ เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ข้อมูล วิธีการการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ การเรียนรู้และกระบวนการต่าง ๆ ของผู้ดูแลแต่ละคน โดยมีเป้าหมายในการดูแลเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการและป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเมื่อได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่มีความเชื่อมั่นและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก (Chilton, 2012) จึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อที่จะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ลดภาวะทุพโภชนาการ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา รวมทั้งลดอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาของจอม สุวรรณโน (2546) ที่ทำการศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนก่อนออกจากโรงพยาบาล พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลไปที่บ้าน

5) แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปัจจัยเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในระยะเปลี่ยนผ่านไปอีกสถานะหนึ่งของบุคคลนั้น ๆ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการและการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล กล่าวคือ เมื่อมีผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถทำให้ระบบการดูแลในครอบครัวมีประสิทธิภาพตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย นอกจากนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของชญชิตา โพธิประสาธ (2547) ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมาจากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรสและญาติพี่น้อง ร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ จันทร์ริมงคล (2550) ที่ศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วย

ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด นอกจากนั้น พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์หรือระดับคุณภาพบริการพยาบาลอย่างหนึ่ง นอกจากนั้นยังเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล รวมทั้งเป็นผลสะท้อนที่ได้รับจากผู้รับบริการ สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของรุ่งระวี นาวีเจริญ (2551) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลาย ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานจากการสอนแนะของ Eaton and Johnson โดยเป็นขั้นตอนการพบกันระหว่างพยาบาลและผู้ที่เป็นเบาหวานเป็นรายบุคคล ติดต่อกัน 3 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ และติดต่อทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์จนครบ ผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมและเพิ่มความพึงพอใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการบริการพยาบาลมากขึ้น

7) ความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแล เป็นความมั่นใจหรือความกล้าของบุคคลที่จะทำในสิ่งใด สิ่งหนึ่งให้สำเร็จได้ตามที่ตนได้ตั้งใจไว้ โดยบุคคลที่มีความเชื่อในตนเองมักจะกล้าตัดสินใจด้วยตนเองเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน สามารถทำให้ตนประสบความสำเร็จในการงานได้ มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ๆ และสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ จากการศึกษาของปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ (2556) ที่ทำการศึกษารื่องปัจจัยเสริมสร้างพลังงานอำนาจของผู้ดูแลต่อการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเชื่อมั่นหรือมีพลังอำนาจในการดูแลจะสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้านได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีความเชื่อมั่นน้อยกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lydia (2011) ที่ทำการศึกษาความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเชื่อมั่นในการดูแลสูงจะทำให้ระดับ ADL performance ของผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความเชื่อมั่นในการดูแล กล่าวคือ ความเชื่อมั่นมีผลต่อความสามารถในการดูแล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีแบบประเมินความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุกโดยเฉพาะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุก เพื่อให้ประเมินความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น โดยสร้างข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุก โดยมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ การประเมินความเชื่อมั่นในการเตรียม

อาหารผสม การดูแลขณะให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการติดตามดูแลภายหลัง เพื่อตอบสนองต่อการดูแลในเรื่องการปฏิบัติการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารที่มีความคล้ายคลึงกับผู้ช่วยมะเร็งศีรษะและคอ ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง วัยกลางคน สถานภาพสมรส เป็นแม่บ้าน ซึ่งการพิจารณาบุคคลในครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งว่ามีความเหมาะสมที่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ปัจจัยที่สำคัญเบื้องต้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพและการประกอบอาชีพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลาและความสะดวกในการดูแล ซึ่งต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ดังนั้น สรุปได้ว่า จากปัจจัยข้างต้น พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความรู้ในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อมั่นในการดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าการดูแลจำเป็นต้องมีความเชื่อมั่นในการดูแลและมีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

5.5 การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เป็นการวัดเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดของผู้ป่วย (Orem, 2001) ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การทดสอบ และการสอบถาม ซึ่งจะใช้วิธีการและเครื่องมือใดในการวัดหรือการประเมินขึ้นอยู่กับตัวแปรและคุณลักษณะที่ต้องการวัด (ชนาธิป พรกุล, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลตามแนวคิดของโอเรม พบว่า มีผู้พัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมินเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลที่สร้างขึ้นในกลุ่มโรคต่าง ๆ ดังนี้

จอม สุวรรณโณ (2546) ทำการศึกษาเรื่องความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้สร้างแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่สร้างขึ้นจากแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลโรคเรื้อรังตามกรอบแนวคิดเรื่องความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปของโอเรม เพื่อประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย 9 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัว การอาบน้ำ

สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องน้ำและกระโถน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ แล้วนำมาแปลความหมายได้ 3 ระดับ คือ ดี ปานกลางและต้องปรับปรุง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97

พัฒนา ชวลิตศุภเศรษฐี (2553) ได้พัฒนาแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถามความสามารถในการคาดการณ์ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนและความสามารถในการปฏิบัติ ทั้งหมด 7 ข้อ แบ่งเป็นการดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด 21 ข้อ การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว 22 ข้อ และการช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 10 คนมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

ฉัตรดี ปราบริปู (2556) ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนญาติผู้ดูแลต่อความสามารถและการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ได้สร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถในการดูแลของโอเรม ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ แบ่งระดับความสามารถเป็น 2 คือปฏิบัติทุกครั้ง, 1 คือปฏิบัติ 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง, 0 คือไม่สามารถปฏิบัติได้เลย ได้ค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

แสงรุ่ง รักอยู่ (2556) ทำการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการกายสวมนปัสสาวะ ได้สร้างแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการกายสวมนปัสสาวะ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม สร้างโดยผู้วิจัย มี 3 ด้าน ประกอบด้วย ความสามารถด้านการคาดการณ์ 11 ข้อ ด้านการปรับเปลี่ยน 6 ข้อ ด้านการปฏิบัติ 14 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งระดับความสามารถเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 0 ไม่ปฏิบัติ, 1 ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง และ 2 ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ ได้ค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

อนุ อิศระพานิช (2549) ได้สร้างแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการณ์ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วยข้อคำถามจำแนกตามองค์ประกอบ 3 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ 12 ข้อ ความสามารถในการปรับเปลี่ยน 6 ข้อ และความสามารถในการปฏิบัติ 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า เรียงค่าคะแนนจากมากไปน้อย 6 ลำดับ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.97

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า มีผู้สร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (จอม สุวรรณโน, 2546) สร้างแบบวัดความสามารถของผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (พัฒนา ขวลิขิตศุภเศรษฐี, 2553) สร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (ฉัตรดี ปราบริปู, 2556) สร้างแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับสายสวน คาปัสสาวะ (แสงรุ่ง รักอยู่, 2556) และสร้างแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (อนุ อิศระพานิช, 2549) แต่ข้อคำถามในแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลดังกล่าวไม่สามารถนำมาวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้เนื่องจากเนื้อหาไม่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จากแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเนื่องจากภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพของโอเรม เพื่อให้ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล โดยสร้างข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ข้อจำกัดเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก วิธีการปฏิบัติการของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อการดูแลในเรื่องการปฏิบัติการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ความรู้และทักษะของผู้ดูแล

6. แนวคิดทฤษฎีการสอนแนะ

6.1 ความหมายของการสอนแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายของการสอนแนะ ไว้ดังนี้

ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร (2547) ให้ความหมายว่า การสอนแนะในการพยาบาลเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่ช่วยให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีการพัฒนา เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

แสงรุ่ง รักอยู่ (2556) ให้ความหมายว่า การสอนแนะ หมายถึง กิจกรรมการสอนเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Girvin (1999) ให้ความหมายว่า การสอนแนะเป็นกลยุทธ์ในการให้ความรู้ โดยที่ผู้สอนแนะช่วยให้ผู้รับการสอนแนะมีการพัฒนาความรู้และเพิ่มพูนทักษะ และเป็นผู้ชี้แนะให้คำแนะนำแก่ผู้รับการสอนแนะ

Eaton and Johnson (2000) ให้ความหมายว่า การสอนแนะเป็นศิลปะอย่างหนึ่งในการพัฒนาความรู้และเพิ่มพูนทักษะให้กับบุคคลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ โดยใช้เทคนิคการจูงใจให้ผู้อื่นเกิดความต้องการพัฒนาตนเอง เสริมสร้างความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบต่อตนเอง

สรุปได้ว่า การสอนแนะ หมายถึง กิจกรรมการพัฒนาความรู้และเพิ่มพูนทักษะที่ช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความสามารถในการทำกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 แนวคิดทฤษฎีการสอนแนะ มีหลากหลายแนวคิด ดังนี้

6.2.1 แนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

- 1) ผู้สอนแนะกับผู้รับการสอนแนะหาข้อตกลงถึงสิ่งที่ต้องการพัฒนา
- 2) ผู้สอนแนะกับผู้รับการสอนแนะร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ปัญหา
- 3) ผู้สอนแนะสะท้อนปัญหาให้ผู้รับการสอนแนะรับทราบและร่วมกันวางแผนปฏิบัติกิจกรรมเพื่อนำไปสู่ข้อตกลงถึงสิ่งที่ต้องการพัฒนา
- 4) ผู้สอนแนะให้ผู้รับการสอนแนะฝึกทดลองปฏิบัติกิจกรรม
- 5) ผู้สอนแนะประเมินผลและติดตามผลการปฏิบัติของผู้รับการสอนแนะ

6.2.2 แนวคิดการสอนแนะของ Grealish (2000) เป็นแนวคิดที่ไม่เน้นที่ผลลัพธ์ แต่เน้นกระบวนการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ผู้สอนแนะกับผู้รับการสอนแนะร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรม โดยกำหนดเป้าหมายที่เกิดขึ้นได้จริงบนความรู้พื้นฐานของผู้เรียน
- 2) ผู้สอนแนะกับผู้รับการสอนแนะร่วมกันวางแผนปฏิบัติกิจกรรม
- 3) ผู้เรียนปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้
- 4) ผู้สอนแนะกับผู้เรียน เรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรม
- 5) ผู้สอนแนะให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน

6.2.3 แนวคิดการสอนแนะของ Eaton and Johnson (2000) การสอนแนะประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ผู้สอนแนะกับผู้รับการสอนแนะร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง มีความชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง สามารถวัดได้ และมีการระบุเวลาที่ชัดเจน

2) ผู้สอนแนะนำผู้รับการสอนแนะนำร่วมกันวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม

3) ผู้สอนแนะนำผู้รับการสอนแนะนำร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

4) ผู้สอนแนะนำวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ

5) ผู้สอนแนะนำให้ผู้รับการสอนแนะนำเรียนรู้และฝึกทักษะกิจกรรมด้วยตนเอง จากนั้นแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับแก่ผู้สอนแนะนำ

6) ผู้สอนแนะนำประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับจากการแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับของผู้รับการสอนแนะนำ

6.2.4 แนวคิดการสอนแนะนำของ Gracy (2001) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้สอนแนะนำผู้รับการสอนแนะนำร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรม
2) ผู้สอนแนะนำผู้รับการสอนแนะนำวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติกิจกรรม
3) ผู้สอนแนะนำผู้รับการสอนแนะนำร่วมกันสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

4) ผู้สอนแนะนำวางแผนปฏิบัติกิจกรรมโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ

5) ผู้สอนแนะนำให้ผู้รับการสอนแนะนำเรียนรู้ด้วยตนเอง

6) ผู้สอนแนะนำประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้รับการสอนแนะนำ

จากแนวคิดการสอนแนะนำที่กล่าวมาข้างต้นนั้น เมื่อนำมาวิเคราะห์ พบว่า แนวคิดการสอนแนะนำของ Girvin นั้นไม่เปิดโอกาสให้ผู้รับการสอนแนะนำได้ค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติซึ่งอาจทำให้ไม่ตรงตามเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ดูแลและเกิดความไม่ร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ ส่วนแนวคิดการสอนแนะนำของ Grealish เน้นที่กระบวนการปฏิบัติงานแต่ไม่เน้นที่ผลลัพธ์ ทำให้ไม่สามารถประเมินความสามารถของผู้ดูแลและประเมินผลการสอนแนะนำได้ และแนวคิดการสอนแนะนำของ Gracy ตามกระบวนการที่กล่าวไว้ข้างต้นนั้นไม่มีกระบวนการแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับทำให้ไม่สามารถประเมินทักษะของผู้รับการสอนแนะนำได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดการสอนแนะนำของอิตัน และจอห์นสัน เนื่องจากเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและพัฒนาทักษะแก่ผู้ดูแลที่ตอบสนองความต้องการ การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยการกำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ให้คำชี้แนะ เปิดโอกาสให้เรียนรู้และฝึกทักษะด้วยตนเอง และเสริมแรงให้เกิดความมั่นใจร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ทำให้ผู้ดูแลค้นพบวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากขึ้น

6.3 ลักษณะของการสอนแนะ

ตามหลักของแนวคิดและทฤษฎีการสอนแนะต่าง ๆ พบว่าการบรรลุซึ่งเป้าหมายที่กำหนดไว้ นั้นไม่ได้เกิดจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมแต่เกิดจากความร่วมมือของสองฝ่ายทั้งผู้ให้การสอนแนะและผู้รับการสอนแนะ ดังนั้นการสอนแนะจึงเป็นกระบวนการสอนที่มีการสื่อสารสองทาง คือ ผู้สอนแนะและผู้รับการสอนแนะ มีการสื่อสารพูดคุยตกลงร่วมกันโดยผู้ให้การสอนแนะยึดหลักผู้รับการสอนแนะเป็นศูนย์กลาง มีกระบวนการสอนแนะเป็นลำดับขั้นตอน ใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการสอนแนะ เช่น การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ซึ่งผู้รับการสอนแนะในแต่ละคนย่อมมีปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ผู้สอนแนะต้องรู้จักแก้ปัญหาเฉพาะหน้า รู้จักเสนอทางเลือกให้แก่ผู้รับการสอนแนะพิจารณาทางเลือกด้วยตนเอง นอกจากนี้เทคนิคที่ใช้ในการสอนแนะ ประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ การสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับการสอนแนะมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมและการให้การสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การให้กำลังใจ การเอาใจใส่ผู้รับการสอนแนะจากการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการสอนแนะ ส่งเสริมให้การสอนแนะมีประสิทธิภาพสามารถนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ (แสงรุ่ง รักร้อย, 2556)

6.4 ประโยชน์ของการสอนแนะ มีดังนี้ (สมฤดี อรุณจิตร, 2558)

6.4.1 การสอนแนะเป็นวิธีการที่เน้นการพัฒนาทักษะและความสามารถในการปฏิบัติของผู้รับการสอนแนะ ซึ่งการฝึกปฏิบัติทักษะเป็นหัวใจหลักของการสอนแนะที่จะทำให้ผู้รับการสอนแนะเข้าใจเนื้อหาที่สอนจากการปฏิบัติจริง ทำให้ผู้รับการสอนแนะเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติทักษะจะทำให้เพิ่มความสามารถของผู้รับการสอนแนะในการเรียนรู้ และทำให้ผู้รับการสอนแนะจดจำทักษะได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น

6.4.2 การสอนแนะมีการใช้ทักษะในการสร้างมนุษยสัมพันธ์เป็นพื้นฐาน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนแนะและผู้รับการสอนแนะ ทำให้ผู้รับการสอนแนะเกิดความไว้วางใจและให้ความเป็นมิตร เป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ทำให้ผู้รับการสอนแนะกล้าที่จะซักถามและแสดงความคิดเห็น ช่วยให้ผู้สอนแนะทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้รับการสอนแนะ

6.4.3 การสอนแนะเป็นการสนับสนุนให้ผู้รับการสอนแนะเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจผู้รับการสอนแนะ จะช่วยให้ผู้รับการสอนแนะมีความมุ่งมั่นและมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น

6.4.4 การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับในกระบวนการสอนแนะ เป็นการช่วยให้ผู้รับการสอนแนะเกิดการพัฒนา สามารถนำวิธีการปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

7. โปรแกรมการสอนแนะสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

โปรแกรมการสอนแนะสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เป็นการเพิ่มพูนความรู้ สร้างความเชื่อมั่นและพัฒนาทักษะแก่ผู้ดูแลด้วยการกำหนดเป้าหมาย วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ให้คำชี้แนะ เสริมแรงให้เกิดความมั่นใจร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Eaton & Johnson, 2000) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่มีผู้นำแนวคิดการสอนแนะของอีตันและจอห์นสันไปใช้ประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ เช่นศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ วชิรา สุทธิธรรม (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รุ่งระวี นาวิเจริญ (2551) ได้นำการสอนแนะไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเบาหวานต่อภาวะแทรกซ้อนและค่า HbA1C พิชญารณ ธรรมจริยกุล (2553) ศึกษาโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันต่อพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสน ฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ แสงรุ่ง รักอยู่ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีโปรแกรมการสอนแนะเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งจากข้อมูลวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการสอนแนะช่วยให้เกิดความรู้ ความเชื่อมั่นและทักษะ ผู้วิจัยจึงคาดหวังว่าโปรแกรมการสอนแนะเมื่อนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น

แนวทางการสอนแนะของอีตันและจอห์นสันเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมบุคคลให้มีศักยภาพและความสามารถ ซึ่งเป็นระบบการแก้ปัญหาที่มีขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์และพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้นำแนวทางการสอนแนะมาประยุกต์ใช้เพื่ออธิบายความสามารถของผู้ดูแลในการพัฒนาความสามารถในการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

7.1 กำหนดขั้นตอนการสอนแนะ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมาย (Goal Definition) กำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยอธิบายถึงผลที่ได้รับจากการสอนแนะโดยใช้หลักการ SMART Goal กล่าวคือ เป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง (Specific) สามารถวัด (Measured) ปฏิบัติได้ (Achievable) และมีความคุ้มค่า (Relevant) ภายในระยะเวลาที่กำหนดตกลงร่วมกัน (Timed)

เพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้แก่

1) ด้านร่างกาย ได้แก่

1.1) มีทักษะในการเตรียมอาหารผสม เกี่ยวกับเรื่อง การเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับและวิธีการทำอาหารผสม โดยสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับและสามารถทำอาหารผสมได้ ในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง

1.2) มีทักษะในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เกี่ยวกับเรื่อง วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา โดยสามารถตอบข้อซักถามและปฏิบัติตามขั้นตอนที่สอนแนะเกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การได้รับยา ได้อย่างถูกต้อง ในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง

1.3) มีทักษะในการติดตามดูแลภายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เกี่ยวกับเรื่อง การดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีทักษะในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยสามารถตอบข้อซักถามและปฏิบัติตามขั้นตอนที่สอนแนะเกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า สังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง

3) ด้านจิตใจ ได้แก่ มีทักษะในการดูแลด้านจิตใจ โดยแสดงให้เห็นถึงวิธีการให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ ในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis) ประเมินความน่าเชื่อถือด้วยการค้นหาจุดแข็งจุดอ่อนของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการพูดคุย ซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินภาวะโภชนาการและการซักถามแนวทางการดูแลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เป็นรายบุคคล เช่น ระดับการศึกษา ความสนใจ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว อาชีพและเวลาที่ผู้ดูแลมีให้กับผู้ป่วยในแต่ละวัน รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอกและการสำรวจแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจทางเลือก (Exploration) เพื่อหาแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อให้ถึงเป้าหมายในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยทำการสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้และประสบความสำเร็จจากแนวทางการดูแลที่ปฏิบัติมา รวมถึงหาแนวทางในการปฏิบัติการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับ

ผู้ดูแลในแต่ละราย จากการวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน ในการดูแลให้อาหารทางสายให้อาหารทาง
 จมูกของผู้ดูแล หากทักษะด้านใดเป็นจุดแข็งของผู้ดูแล ผู้วิจัยจะส่งเสริมทักษะในด้านนั้นให้มี
 ความสามารถในการดูแลตามเป้าหมายนั้นมากยิ่งขึ้น หากทักษะในด้านใดที่ถือว่าเป็นจุดอ่อนของ
 ผู้ดูแล ผู้วิจัยจะช่วยสอนแนะในส่วนที่ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ได้ หรือเกิดความสงสัยและไม่เข้าใจ ให้มีความ
 เข้าใจและสามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้ดียิ่งขึ้น โดยร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อให้มี
 แนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ (Action) โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม
 ร่วมในการวางแผนเพื่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดความยอมรับในการปฏิบัติกิจกรรม ด้วยการ
 ร่วมกันกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติโดยแจ่มแจ้งเป็นพฤติกรรมย่อยว่าจะปฏิบัติกิจกรรมใดบ้างที่จะช่วย
 ให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกตามเป้าหมายต่าง
 ๆ ที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น ได้แก่ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้
 อาหารทางจมูกก่อนได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เกี่ยวกับเรื่อง การเลือกชนิดและคำนวณ
 ปริมาณอาหารที่ได้รับและวิธีการทำอาหารผสม มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ
 อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกขณะได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เกี่ยวกับเรื่อง วิธีการ
 ให้อาหารทางสาย การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย
 มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทาง
 จมูก เกี่ยวกับเรื่อง การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตและ
 ประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีทักษะในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับการเสริมสร้าง
 กำลังใจ โดยใช้แผนการสอนแนะและคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสาย
 ให้อาหารทางจมูกที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ร่วมกับการสาธิตวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
 โดยผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ (Learning) ให้ผู้ดูแลเรียนรู้
 วิธีการปฏิบัติทักษะการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกตามเป้าหมายและแนวทางที่ตกลง
 ร่วมกันไว้ในขั้นวางแผนการปฏิบัติและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการเลือก
 ชนิดและการคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสาย
 ให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณ
 ใบหน้ารวมถึงการสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลแสดง
 วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกซึ่งถือเป็นการสาธิตย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับ (Feedback) เป็นกระบวนการตรวจสอบและ
 เปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเป็นการประเมินผลผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ
 และคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่ได้ปฏิบัติในช่วงระยะเวลาของการเรียนรู้ด้วยการ

ประเมินทักษะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อทำการปฏิบัติเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

7.2 สร้างโปรแกรมการสอนแนะและมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวความคิดการสอนแนะของอิตันและจอห์นสัน 6 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน 3) การสำรวจทางเลือกเพื่อหาแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อไปถึงเป้าหมาย 4) การวางแผนการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม 5) การเรียนรู้การปฏิบัติ ฝึกทักษะ ในเรื่องการเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ และ 6) การประเมินผลย้อนกลับเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ กิจกรรมประกอบด้วยการสอนแนะและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 4 ครั้ง ในวันที่ 3,5,7 และสัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรมการทดลอง (รายละเอียดในภาคผนวก ง โปรแกรมการสอนแนะ)

7.3 จัดทำแผนการสอนแนะ ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากโปรแกรมการสอนแนะ โดยชี้แจงให้เห็นถึงวัตถุประสงค์ของการสอนแนะตามเป้าหมาย รวมถึงอธิบายแจกแจงเนื้อหาและกิจกรรมการสอนแนะ สื่อที่ใช้ในการสอนแนะ ระยะเวลาในการสอนแนะและเกณฑ์การประเมินผลภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย 8 แผนการสอนแนะ ได้แก่ 1) การเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ 2) วิธีการทำอาหารผสม 3) วิธีการให้อาหาร 4) การดูแลสายให้อาหารทางจมูก 5) การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า 6) การดูแลให้ได้รับยา 7) การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อน และ 8) การดูแลด้านจิตใจเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ

7.4 จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกสำหรับผู้ดูแล เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการให้อาหารทางสายให้อาหาร ความหมายของอาหารผสม อุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลความสะอาดปากและฟันและอาการผิดปกติที่พบได้บ่อย

8. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

จากที่กล่าวมานั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถให้แก่ผู้ดูแลซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลให้ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลจะต้องมีบทบาทในด้านต่าง ๆ ตามสมรรถนะหลักของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (สภาการพยาบาล, 2559) ได้แก่

1) สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management) ในการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

2) สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) ในการให้โปรแกรมการสอนแนะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่มีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาด้านทุพโภชนาการ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการเจาะคอหรือมีแผลผ่าตัดบริเวณคอ

3) สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) โดยพยาบาลทำการประสานงานกับหน่วยโภชนาการในการส่งผู้ดูแลไปเรียนทำอาหารผสม ติดต่อประสานงานกับแพทย์เรื่องสูตรอาหารและปริมาณอาหารผสมที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมไปถึงเฝ้าระวังเรื่องวิธีการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูกที่ถูกต้อง

4) สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring) ซึ่งในงานวิจัยนี้ส่งเสริมบทบาทในข้อนี้เป็นอย่างมาก เนื่องจากโปรแกรมการสอนแนะนั้นทำให้พยาบาลต้องแสดงบทบาทในการสอนแนะ การให้ความรู้ การฝึกทักษะในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกแก่ผู้ดูแลอย่างครอบคลุม นอกจากนั้นยังต้องช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

5) สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) โดยพยาบาลจะเป็นแหล่งประโยชน์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ข้อขัดข้องหรือข้อสงสัยรวมถึงเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลที่ห่อผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกอีกด้วย

6) สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้

อาหารทางจมูกไปในทิศทางที่ดีขึ้นด้วยโปรแกรมการสอนแนะที่มีทั้ง 6 ขั้นตอน เกิดการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบและมีความต่อเนื่องทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นพบวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากยิ่งขึ้น

7) สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) โดยพยาบาลนั้นได้แสดงบทบาทนี้ด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกโดยใช้โปรแกรมการสอนแนะ ซึ่งคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมทั้งคำนึงจรรยาบรรณวิชาชีพ และให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล

8) สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ในบทบาทนี้พยาบาลได้มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการและผลงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการสอนแนะสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

9) สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) ซึ่งบทบาทข้อนี้ จากการวิจัย พยาบาลสามารถจัดการและประเมินผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรมการสอนแนะสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่า ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดังนี้

จอม สุวรรณโณ (2546) ศึกษาเรื่องความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลจำนวน 80 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก ความสามารถในการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ได้แก่ การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดร่างกาย และสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนและการนอนหลับและการช่วยเหลือส่งเสริมผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540) ศึกษาเรื่อง ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็น

ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน ทำการรวบรวมข้อมูลกลุ่มละ 3 ครั้ง คือ ก่อนการสอนและการฝึกทักษะที่รวมไปถึงการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกด้วย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย 1 วัน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน โดยประเมินความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า การสอนและการฝึกทักษะตามที่ผู้วิจัยกำหนดทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

ธัญรติ ปราบริปู (2556) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนญาติผู้ดูแลต่อความสามารถและการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ทำการวิจัยเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและพัฒนาเป็นความสามารถในการดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่สมอง จำนวน 30 คน ใช้สื่อการสอนเพื่อให้ทราบถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่รวมไปถึงการดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารที่เพียงพอ ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยไว้ว่าการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถในการดูแล มีความรู้ความเข้าใจจนเกิดการเรียนรู้และทักษะเกี่ยวกับวิธีการดูแลและพัฒนาเป็นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ในที่สุด

นิชธิมา ศรีจางง (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 คน โดยโปรแกรมพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของแบนดูราซึ่งประกอบด้วยการสอนวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่าย โดยกล่าวถึงการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารทางสายให้อาหาร การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำและคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถและความคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ซึ่งผู้วิจัยให้ความเห็นว่าควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับญาติผู้ดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

Shu-Chen (2015) ศึกษาเรื่องผลของการสอนวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกแก่ผู้ดูแลต่อความรู้ ทักษะและอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีการสาธิตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จำนวน 127 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนด้วยการสาธิตและใช้สื่อวิดีโอทัศน์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยการสาธิตวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก มีคะแนนความรู้และมีทักษะในการดูแลสูงกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีในการฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามีงานในแนวทางการสอนแนะนำใช้ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก แต่มีการศึกษาที่สนับสนุนว่า มีผู้นำแนวทางการสอนแนะนำประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแล ได้แก่

ศิริจันทร์ ภัทรวชิเชียร (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้แนวทางการสอนแนะนำของ Girvin (1999) มาสร้างเป็นโปรแกรมการสอนแนะนำเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 30 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความทุกข์ทรมาน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสอนแนะนำและการปฏิบัติตัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent T-test ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีระดับความทุกข์ทรมานมากและคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

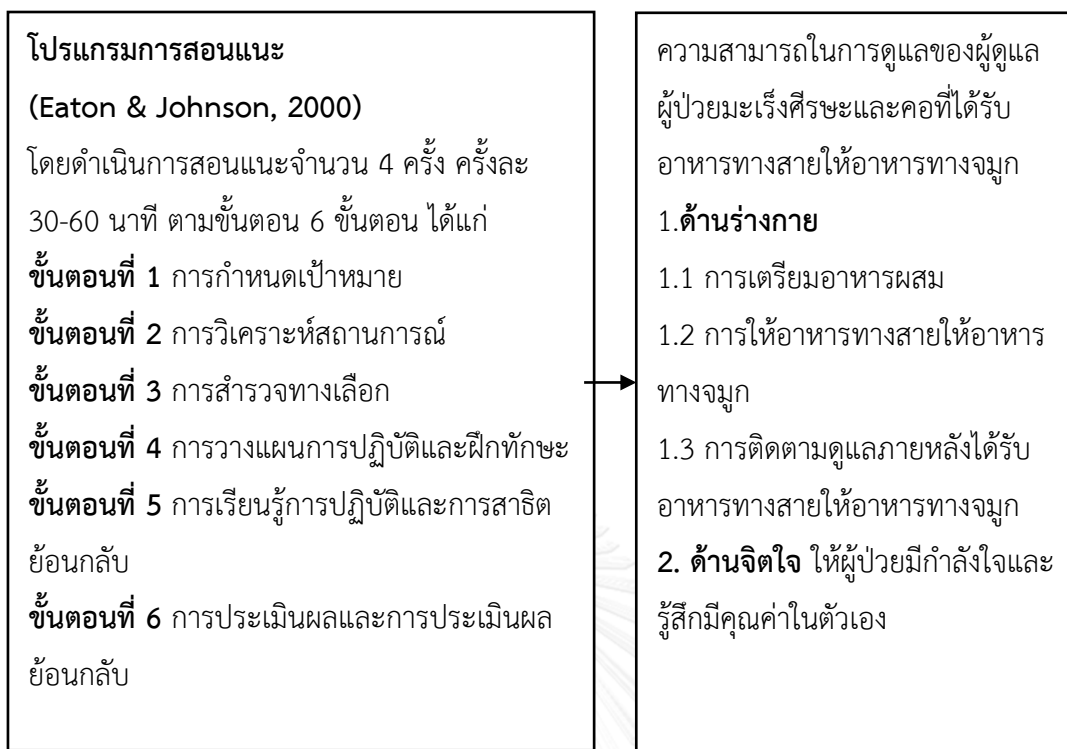
วชิรา สุทธิธรรม (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ใช้แนวทางการสอนแนะนำของ Girvin (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการสอนแนะนำการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

รุ่งระวี นาวิเจริญ (2551) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลาย ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานจากการสอนแนะของ Eaton and Johnson (2000) ประกอบด้วย การประเมิน การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์ การสำรวจ การวางแผนปฏิบัติ การเรียนรู้ การประเมินผลย้อนกลับ โดยเป็นขั้นตอนการพบกันระหว่างพยาบาลและผู้ที่เป็นเบาหวานเป็นรายบุคคล ติดต่อกัน 3 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ และติดต่อทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ จนครบ ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมและเพิ่มความพึงพอใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการบริการพยาบาลมากขึ้น แต่ไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตและระดับไขมันชนิดไม่ดีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้รับโปรแกรมดังกล่าวเมื่อครบ 12 สัปดาห์ได้

แสงรุ่ง รักอยู่ (2556) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการกายสวมน้ำสภาวะเพื่อเปรียบเทียบของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการกายสวมน้ำสภาวะในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการสอนแนะและเพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้แนวคิดการสอนแนะของ Eaton and Johnson (2000) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสอนแนะ คู่มือและแผนการสอนแนะ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการกายสวมน้ำสภาวะ เครื่องมือกำกับทดลอง คือ แบบประเมินความรู้และแบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการกายสวมน้ำสภาวะภายหลังได้รับการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 20.76, p = .00$)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า มีการนำรูปแบบการสอนแนะไปใช้ในการเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยบกพร่องในการดูแลตนเองที่ต้องการการดูแลแบบทดแทน และนำไปใช้พัฒนาทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสอนแนะเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกซึ่งมีความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งที่เกิดจากโรคมะเร็งที่เป็นและสายให้อาหารทางจมูก ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าโปรแกรมการสอนแนะนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับที่ดีขึ้นเกิดความมั่นใจและมีทักษะในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

10. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะ ผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ดำเนินการวิจัยโดยการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะของผู้ดูแลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แบบแผนการทดลองเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและภายหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย

1.1) มีอายุระหว่าง 20-65 ปี

1.2) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก รวมทั้งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

1.3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล มีคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ดังนี้

2.1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

2.2) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน

2.3) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

2.4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ

- 1) กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ตลอดโครงการ
- 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่ตอบคำถามในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน
- 3) ผู้ดูแลที่แสดงความจำนงออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการวิจัยเชิงทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับกลุ่มละ 30 คน ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอที่สามารถสรุปได้ว่าการแจกแจงค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเป็นปกติ สามารถใช้คำนวณความน่าจะเป็นของกลุ่มตัวอย่างได้ (อรุณ จิรวัดนกุล, 2550) โดยการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยจับคู่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched-Pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดผลกระทบต่องานวิจัย ในด้านเพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและระดับการศึกษาต่างกันไม่เกิน 6 ปี ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการจับคู่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จำแนกตามเพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุและระดับการศึกษาและบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย(n=60คน)

คู่ที่	เพศ		อายุ		ความสัมพันธ์		การศึกษา		บุคคลใกล้ชิด	
	ทดลอง (n=30)	ควบคุม (n=30)	ทดลอง (n=30)	ควบคุม (n=30)	ทดลอง (n=30)	ควบคุม (n=30)	ทดลอง (n=30)	ควบคุม (n=30)	ทดลอง (n=30)	ควบคุม (n=30)
1	หญิง	หญิง	55	50	น้องสาว	พี่สาว	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ภรรยา	พี่สาว
2	หญิง	หญิง	44	49	มารดา	อา	ประถมศึกษา	ไม่ได้เรียน	มารดา	อา
3	หญิง	หญิง	37	36	บุตร	บุตร	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	บุตร	บุตร
4	หญิง	หญิง	54	52	ภรรยา	ภรรยา	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ภรรยา	ภรรยา
5	หญิง	หญิง	40	42	บุตร	บุตร	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	หลาน	บุตร
6	หญิง	หญิง	34	35	บุตร	บุตร	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ภรรยา	บุตร
7	หญิง	หญิง	25	27	บุตร	บุตร	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ภรรยา	บุตร
8	หญิง	หญิง	46	45	ภรรยา	ภรรยา	ปริญญาตรี	อาชีวศึกษา	บุตร	บุตร
9	หญิง	หญิง	22	27	บุตร	บุตร	ปริญญาตรี	อาชีวศึกษา	บุตร	บุตร
10	หญิง	หญิง	48	46	ภรรยา	ภรรยา	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	ภรรยา	ภรรยา
11	ชาย	ชาย	34	36	บุตร	บุตร	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ภรรยา	บุตร
12	หญิง	หญิง	44	40	บุตร	บุตร	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	บุตร	บุตร
13	หญิง	หญิง	45	40	ภรรยา	ภรรยา	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ภรรยา	ภรรยา
14	หญิง	หญิง	45	48	ภรรยา	ภรรยา	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	ภรรยา	บุตร
15	หญิง	หญิง	51	47	ภรรยา	ภรรยา	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	ภรรยา	ภรรยา
16	ชาย	ชาย	44	39	บุตร	บุตร	อาชีวศึกษา	อาชีวศึกษา	บุตร	บุตร
17	ชาย	ชาย	34	40	น้องชาย	พี่ชาย	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	น้องชาย	พี่ชาย
18	หญิง	หญิง	35	31	บุตร	บุตร	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี	บุตร	สามี
19	หญิง	หญิง	58	59	ภรรยา	ภรรยา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา	ภรรยา	ภรรยา
20	หญิง	หญิง	22	27	หลาน	หลาน	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	บุตร	บุตร
21	หญิง	หญิง	39	40	ภรรยา	ภรรยา	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	ภรรยา	ภรรยา
22	หญิง	หญิง	37	35	ภรรยา	ภรรยา	ปริญญาตรี	อาชีวศึกษา	บุตร	ภรรยา
23	หญิง	หญิง	30	30	บุตร	บุตร	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ภรรยา	บุตร
24	หญิง	หญิง	52	57	ภรรยา	ภรรยา	อาชีวศึกษา	ปริญญาตรี	ภรรยา	ภรรยา
25	หญิง	หญิง	28	30	บุตร	บุตร	ปริญญาโท	ปริญญาโท	บุตร	บุตร
26	หญิง	หญิง	59	56	ภรรยา	ภรรยา	อาชีวศึกษา	มัธยมศึกษา	ภรรยา	ภรรยา
27	หญิง	หญิง	59	57	ภรรยา	ภรรยา	อาชีวศึกษา	อาชีวศึกษา	ภรรยา	ภรรยา
28	หญิง	หญิง	29	28	ภรรยา	ภรรยา	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	ภรรยา	ภรรยา
29	หญิง	หญิง	46	45	น้องสาว	น้องสาว	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	บุตร	บุตร
30	หญิง	หญิง	47	44	น้องสะใภ้	น้องสาว	มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา	มารดา	น้องสาว

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรค ระยะโรค การรักษาและค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย (n=60คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งมะเร็งศีรษะและคอที่พบ						
Oral cavity	12	40	10	33.3	22	36.7
CA Floor of mouth	3	10.0	1	3.3	4	6.7
CA tongue	8	26.7	3	10.0	11	18.3
CA buccal	1	3.3	1	3.3	2	3.3
CA Retro Molar Trigone	-	-	1	3.3	1	1.7
CA hard palate	-	-	2	6.7	2	3.3
CA maxillary	-	-	2	6.7	2	3.3
คอหอยส่วนบน (oropharynx)	4	13.3	3	10.0	7	11.6
CA Base of tongue	2	6.7	-	-	2	3.3
CA tonsil	2	6.7	3	10.0	5	8.3
คอหอยส่วนจมูก (Nasopharynx)	4	13.3	8	26.6	12	20.0
/คอหอยส่วนล่าง (Hypopharynx)						
CA nasopharynx	2	6.7	4	13.3	6	10.0
CA hypopharynx	1	3.3	1	3.3	2	3.3
CA pyriform	1	3.3	3	10.0	4	6.7
กล่องเสียง (Larynx)	8	26.7	9	30.0	17	28.3
CA larynx	-	-	2	6.7	2	3.3
CA glottic	5	16.7	1	3.3	6	10.0
CA supraglottic	3	10.0	6	20.0	9	15.0
อื่นๆ						
CA thyroid	2	6.7	-	-	2	3.3

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรค ระยะโรค การรักษาและค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย (n=60คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะโรค						
2	10	33.3	8	26.7	18	30.0
3	8	26.7	16	53.3	24	40.0
4	12	40.0	6	20.0	18	30.0
แนวทางการรักษา						
Surgery	1	3.3	-	-	1	1.7
Radiation	4	13.3	4	13.3	8	13.3
Chemotherapy	2	6.7	4	13.3	6	10.0
Concurrent Chemo Radiation	7	23.3	9	30.0	16	26.7
palliative care	8	26.7	2	6.7	10	16.7
Surgery+Radiation	7	23.3	10	33.3	17	28.3
Surgery+Chemotherapy	1	3.3	-	-	1	1.7
Surgery+ Concurrent Chemo Radiation	-	-	1	3.3	1	1.7
ลักษณะผู้ป่วย						
ใส่สายให้อาหาร	10	33.33	13	43.33	26	38.33
ใส่สายให้อาหารร่วมกับ เจาะคอ	20	66.67	17	56.67	37	61.66

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งที่ลิ้น(CA tongue) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.3 อยู่ในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 40 ได้รับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (Concurrent Chemo Radiation) คิดเป็นร้อยละ 26.7 ลักษณะผู้ป่วยได้รับสายให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุ่มกร่วมกับการเจาะคอ คิดเป็นร้อยละ 61.66

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย โปรแกรมการสอนแนะ แผนการสอนแนะ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

1.1 โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการสอนแนะของอิตันและจอห์นสัน 6 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน 3) การสำรวจทางเลือกเพื่อหาแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อให้ถึงเป้าหมาย 4) การวางแผนการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม 5) การเรียนรู้การปฏิบัติ ฝึกทักษะ ในเรื่องการเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ และ 6) การประเมินผลย้อนกลับเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ กิจกรรมประกอบด้วยการสอนแนะและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 4 ครั้ง ดังนี้ (รายละเอียดในภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย)

1.1.1 ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ระยะเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างพักอยู่ที่หอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการสอนแนะ 30-60 นาทีต่อครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 (วันที่ 3 ของโปรแกรมการทดลอง) ให้การสอนแนะเกี่ยวกับการเตรียมอาหารผสม เนื้อหาประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหารผสมและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับและวิธีการทำอาหารผสมด้วยตนเอง โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

เป้าหมาย	สาระสำคัญ	กิจกรรมการสอนแนะ	เวลา/ สื่อการสอน	ประเมินผล
เป้าหมายที่ 1 เลือกชนิด อาหารผสม และคำนวณ ปริมาณอาหาร ผสมที่ได้รับได้	1. การเลือกชนิด อาหารขึ้นอยู่กับความ ต้องการสารอาหาร ของผู้ป่วยและการดูด ซึมสารอาหาร 2. การคำนวณปริมาณ อาหารที่ได้รับได้จาก การประเมินภาวะ โภชนาการและการ คำนวณพลังงานที่ ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน	1. ทบทวนความรู้ หลังจากที่ส่งผู้ดูแล ไปเรียนทำอาหาร ผสมกับหน่วย โภชนาการ 2. ให้ผู้ดูแลสาธิต การเลือกชนิดของ อาหารผสม 3. ให้ผู้ดูแลแสดง การคำนวณปริมาณ อาหารที่ได้รับใน แต่ละวัน	15 นาที/ สื่อการสอน ได้แก่ สมุด คู่มือการดูแล ผู้ป่วย ตัวอย่าง อาหารผสม และตาราง วิธีการคำนวณ ปริมาณอาหาร ที่ผู้ป่วยได้รับ ในแต่ละวัน	1. ตอบข้อซักถาม และเลือกชนิด และคำนวณ ปริมาณอาหาร ผสมได้ถูกต้อง 2. สาธิตซ้ำและ สอนแนะเพิ่มเติม ให้แก่ผู้ดูแลที่ยัง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
เป้าหมายที่ 2 ทำอาหารผสม ได้ด้วยตนเอง	1. ทำอาหารผสมจาก อาหาร 5 หมู่ ปั่นผสม เข้าด้วยกัน ทำให้ อาหารผสมมีลักษณะ เป็นของเหลว สีนไพล ง่าย สามารถผ่านสาย ให้อาหารเข้าสู่ ร่างกายได้	1 ส่งผู้ดูแลไปเรียน ทำอาหารผสมด้วย ตนเองกับหน่วย โภชนาการ 2 ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การทำอาหารผสม ภายหลังเรียนรู้กับ หน่วยโภชนาการ	15 นาที/ สื่อการสอน ได้แก่ สมุด คู่มือการดูแล ผู้ป่วยและภาพ ประกอบ วิธีการทำ อาหารผสม ด้วยตนเอง	1. ตอบข้อซักถาม และอธิบาย ขั้นตอนในการทำ อาหารผสมได้ ถูกต้อง 2. สาธิตซ้ำและ สอนแนะเพิ่มเติม ให้แก่ผู้ดูแลที่ยัง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ครั้งที่ 2 (วันที่ 5 ของโปรแกรมการทดลอง) ให้การสอนแนะนำเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เนื้อหาประกอบด้วย วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูกและการดูแลให้ได้รับยาโดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะนำ 6 ขั้นตอน ดังนี้

เป้าหมาย	สาระสำคัญ	กิจกรรมการสอน	เวลา/ สื่อการสอน	ประเมินผล
เป้าหมายที่ 3 ดูแลให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกตามขั้นตอนได้	วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก	1. อธิบายและสาธิตวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก 2. ให้ผู้ดูแลปฏิบัติด้วยตนเอง 3. ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินผล	30 นาที/ สื่อการสอน ได้แก่ สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก	1. อธิบายขั้นตอนและสาธิตวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้ถูกต้อง 2. สาธิตซ้ำและสอนแนะนำเพิ่มเติมให้แก่ผู้ดูแลที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง
เป้าหมายที่ 4 ดูแลสายให้อาหารทางจมูกได้	การดูแลสายให้อาหารทางจมูก	1. อธิบายและสาธิตวิธีการดูแลสายให้อาหารทางจมูก 2. ให้ผู้ดูแลปฏิบัติด้วยตนเอง 3. ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินผล	15 นาที/ สื่อการสอน ได้แก่ สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก	1. อธิบายขั้นตอนและสาธิตวิธีการดูแลสายให้อาหารทางจมูกได้ถูกต้อง 2. สาธิตซ้ำและสอนแนะนำเพิ่มเติมให้แก่ผู้ดูแลที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง
เป้าหมายที่ 5 ดูแลให้ได้รับยาทางสายให้อาหารทางจมูกได้	วิธีการปฏิบัติในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาทางสายให้อาหารทางจมูก	1. อธิบายและสาธิตวิธีการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูก 2. ให้ผู้ดูแลปฏิบัติด้วยตนเอง 3. ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินผล	15 นาที/ สื่อการสอน ได้แก่ สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก	1. อธิบายขั้นตอนและสาธิตวิธีการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูกได้ 2. สาธิตซ้ำและสอนแนะนำเพิ่มเติมให้แก่ผู้ดูแลที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ครั้งที่ 3 (วันที่ 7 ของโปรแกรมการทดลอง) ให้การสอนแนะเกี่ยวกับการติดตามดูแล เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตและ ประเมินภาวะแทรกซ้อนและการดูแลด้านจิตใจ โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ดังนี้

เป้าหมาย	สาระสำคัญ	กิจกรรมการสอน	เวลา/ สื่อการสอน	ประเมินผล
เป้าหมายที่ 6 ดูแลทำความสะอาด สะอาดปากและ ฟันรวมถึง ผิวหนังบริเวณ ใบหน้าได้	วิธีการดูแลทำ ความสะอาด ปากและฟัน รวมถึงผิวหนัง บริเวณใบหน้า	1. อธิบายและสาธิต วิธีการทำความสะอาด ปากและฟันรวมถึง ผิวหนังบริเวณใบหน้า 2. ให้ผู้ดูแลปฏิบัติด้วย ตนเอง 3. ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อน กลับเพื่อประเมินผล	15 นาที/ สื่อการสอน ได้แก่ สมุด คู่มือการดูแล ผู้ป่วยและ อุปกรณ์ทำ ความสะอาด	1. อธิบายขั้นตอน และสาธิตวิธีการ ทำความสะอาดได้ ถูกต้อง 2. สาธิตซ้ำและ สอนแนะเพิ่มเติม ให้แก่ผู้ดูแลที่ยัง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
เป้าหมายที่ 7 สังเกตและ ประเมินภาวะ แทรกซ้อนที่ เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยได้	การสังเกต อาการและ ประเมิน ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย	1. อธิบายแนวทางใน การสังเกตและประเมิน ภาวะแทรกซ้อน 2. ให้ผู้ดูแลเสนอแนว ทางการแก้ไขเมื่อเกิด ภาวะแทรกซ้อนและ ประเมินการแก้ปัญหา ของผู้ดูแล ซึ่งถือเป็น การสาธิตย้อนกลับ	15 นาที/ สื่อการสอน สมุดคู่มือการ ดูแลผู้ป่วย	1. อธิบายและมี แนวทางในการ แก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นได้ถูกต้อง 2. สอนแนะ เพิ่มเติมให้แก่ ผู้ดูแลที่ยังปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง
เป้าหมายที่ 8 เสริมสร้าง กำลังใจให้ ผู้ป่วยมีกำลังใจ และรู้สึกมี คุณค่าใน ตนเอง	แนวทางปฏิบัติ ในการเสริมสร้าง กำลังใจเพื่อให้ ผู้ป่วยมีกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง	1. อธิบายแนวทางใน การเสริมสร้างกำลังใจ 2. ให้ผู้ดูแลเสนอแนว ทางการเสริมสร้าง กำลังใจและนำไปใช้ และสังเกตความ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และผู้ดูแล ซึ่งถือเป็น การสาธิตย้อนกลับ	30 นาที/ สื่อการสอน สมุดคู่มือการ ดูแลผู้ป่วย	1. อธิบายและนำ แนวทางไปใช้กับ ผู้ป่วยได้ถูกต้อง 2. สอนแนะ เพิ่มเติมให้แก่ ผู้ดูแลที่ยังปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง

1.1.2 ระยะที่อยู่บ้าน เป็นการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อติดตามสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล รวมทั้งการให้ความรู้และทักษะเพิ่มเติม

ครั้งที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้าน (สัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรมการทดลอง) ประกอบด้วย

เป้าหมาย	สาระสำคัญ	กิจกรรมการสอน	เวลา/สื่อการสอน	ประเมินผล
ติดตาม	การเยี่ยมบ้านเป็น	1. พุดคุยสอบถาม	60 นาที/	1. อธิบายขั้นตอน
เยี่ยมบ้าน	กระบวนการติดตาม	ข้อมูล ปัญหาและ	สื่อการสอน	และสาธิตวิธีการ
	เยี่ยมผู้ดูแลที่มีความ	อุปสรรคในการดูแล	ได้แก่ สมุด	ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ
	ต่อเนื่องภายหลังได้รับ	2. ให้ผู้ดูแลแสดง	คู่มือการดูแล	อาหารทางสายให้
	โปรแกรมการสอนแนะ	วิธีการปฏิบัติในการ	ผู้ป่วย อุปกรณ์	อาหารทางจุมก
	โดยผู้วิจัย เพื่อประเมิน	ดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็น	ในการอาหาร	ตามที่สอนแนะได้
	ความสามารถในการ	การประเมินผล	ทางสายให้	ถูกต้อง
	ดูแลผู้ป่วยให้เป็นไป	ความสามารถในการ	อาหารทาง	2. สาธิตซ้ำและ
	ตามเป้าหมายที่กำหนด	ดูแลผู้ป่วย	จุมกและ	สอนแนะเพิ่มเติม
	ร่วมกัน		อุปกรณ์ในการ	ให้แก่ผู้ดูแลที่ยัง
			ทำความเข้าใจ	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
			สะอาดปาก	3. เปิดโอกาสให้
			และฟัน	ซักถามข้อสงสัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 แผนการสอนแนะ พัฒนาขึ้นมาจากโปรแกรมการสอนแนะ โดยชี้แจงให้เห็นถึงวัตถุประสงค์ของการสอนแนะตามเป้าหมาย รวมถึงอธิบายแจกแจงเนื้อหาและกิจกรรมการสอนแนะ สื่อที่ใช้ในการสอนแนะ ระยะเวลาในการสอนแนะและเกณฑ์การประเมินผลภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย 8 แผนการสอนแนะ ได้แก่ 1) การเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ 2) วิธีการทำอาหารผสม 3) วิธีการให้อาหาร 4) การดูแลสายให้อาหารทางจุมก 5) การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า 6) การดูแลให้ได้รับยา 7) การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อน และ 8) การดูแลด้านจิตใจเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ

1.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุมก สำหรับผู้ดูแล เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการให้อาหารทางสายให้อาหาร ความหมายของอาหารผสม อุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุมก วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจุมก การดูแลสายให้อาหารทางจุมก การดูแลความสะอาดปากและฟันและอาการผิดปกติที่พบได้บ่อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยรวมของครอบครัว สิ่งที่ผู้ป่วยชอบและผูกพัน บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิด และคุ้นเคยมากที่สุด ชนิดของอาหารผสมที่ผู้ป่วยได้รับ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ชนิดของการรักษา น้าหนักวันแรกที่เริ่มทำการรักษาและวันสิ้นสุดการศึกษา ส่วนสูงและค่าดัชนีมวลกาย

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน รายได้โดยรวมของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและประเภทของผู้ดูแล

2.3 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ดูแลที่สร้างโดยผู้วิจัย เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกโดยเฉพาะ ผู้วิจัยจึงได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยสร้างข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วย

- 1) ความสามารถในการเตรียมอาหารผสมจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-12
- 2) ความสามารถในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 13-20
- 3) ความสามารถในการติดตามดูแลภายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 21-30
- 4) ความสามารถในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 31-33

แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มาตรฐานเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ-ปฏิบัติทุกครั้ง มีความหมายดังต่อไปนี้

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นได้
 ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 7 วันต่อสัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ดูแลแต่ละคนมารวมกัน หาค่าเฉลี่ย แล้วนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับการแปลความหมายค่าเฉลี่ยมาตรฐานค่า (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2555) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลระดับน้อยที่สุด

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่สร้างโดยผู้วิจัย เนื่องจากพบว่ายังไม่มี แบบประเมินความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกโดยเฉพาะ ผู้วิจัยจึงได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความเชื่อมั่นในการดูแลได้อย่างครอบคลุม โดยสร้างข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อคำถามแบ่งเป็น 2 มิติ คือการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลก่อน-ขณะ-หลังให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและ และการดูแลด้านจิตใจ ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย

1) ความเชื่อมั่นการเตรียมอาหารผสม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-7

2) ความเชื่อมั่นในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8-11

3) ความเชื่อมั่นในการติดตามดูแลภายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12-16

4) ความเชื่อมั่นในการดูแลด้านจิตใจ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 17-19

5) ภาพรวมความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ข้อ 20

แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มาตรฐานวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เชื่อน้อยที่สุด-เชื่อน้อยมากที่สุด มีความหมายดังต่อไปนี้

เชื่อมั่นน้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยในระดับน้อยที่สุด
 เชื่อกันน้อย หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยในระดับน้อย
 เชื่อกันปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง
 เชื่อกันมาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก
 เชื่อกันมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยในระดับมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เชื่อมั่นระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

เชื่อมั่นระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

เชื่อมั่นระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

เชื่อมั่นระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

เชื่อมั่นระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน นำคะแนนจากแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
 ศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ดูแลแต่ละคนมารวมกัน หาค่าเฉลี่ยแล้ว
 นำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับการแปลความหมายค่าเฉลี่ยมาตรฐานประมาณค่า (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555)
 ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความเชื่อมั่นในการดูแลระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความเชื่อมั่นในการดูแลระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความเชื่อมั่นในการดูแลระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความเชื่อมั่นในการดูแลระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความเชื่อมั่นในการดูแลระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการสอนแนะและคู่มือการดูแลผู้ป่วย
 มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน
 5 คนประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนบำบัด 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาล
 ภูมิพลอดุลยเดช 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลรามาริบัติ 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล
 ชั้นสูง โรงพยาบาลราชวิถี 1 คน และอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศแผนกการ
 พยาบาลพื้นฐาน 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม
 และความเหมาะสมของภาษาและการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการ
 แก้ไข ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง จึงนำ

เครื่องมือที่ได้ปรับแก้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คนพบว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจในเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในคู่มือการวิจัย มีความสนใจและให้ความร่วมมือดี ส่วนระยะเวลาที่ใช้ เป็นไปตามที่กำหนดไว้ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยได้ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย และแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนบำบัด 1 คน
2. พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 1 คน
3. พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง โรงพยาบาลรามาริบัติ 1 คน
4. พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง โรงพยาบาลราชวิถี 1 คน
5. อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศแผนกการพยาบาลพื้นฐาน 1 คน

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาและการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนนและให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polit & Beck, 2004) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ คำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบแนวคิด กำหนดระดับความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับคำพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยาม เพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาให้มีความครอบคลุม ความตรง และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษารูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม และความสอดคล้องเหมาะสมของสื่อที่ใช้กับเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเที่ยง

โดยใช้สูตร Chronbach's alpha Coefficient โดยมีค่าที่ยอมรับมากกว่าระดับ.80 ในแบบสอบถามที่ดัดแปลงจากเครื่องมือเดิม และค่าที่ยอมรับมากกว่าระดับ.70 ในแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับโปรแกรมการสอนแนะ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วย

แบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้เสนอแนะให้มีการปรับแก้ข้อความใหม่ ดังตารางที่ 9 และตัดข้อความ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 “ท่านเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนให้อาหาร” เนื่องจากเป็นข้อความที่กว้างเกินไป อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่เข้าใจในคำถามได้ และ ข้อ 6 “ท่านทำอาหารผสมเก็บไว้ให้ภายใน 24 ชั่วโมง” เนื่องจากเป็นข้อความที่ไม่มีความชัดเจนอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจผิดได้ จากนั้นวิเคราะห์ค่านวนหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index; CVI) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบาคของอัลฟา (Chronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .89 ตารางที่ 7 แสดงการแก้ไขแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อความเดิม	ข้อเสนอแนะ	การแก้ไข	ข้อความใหม่ที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อ 2 ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่	ควรใช้คำว่า “ได้รับอาหารและน้ำครบทุกมื้อตามกำหนด”	เพิ่มข้อความ ข้อ 2 และข้อ 3	2.ท่านจัดอาหารทางสายให้ผู้ป่วยได้รับอาหารครบทั้ง5หมู่ 3. ท่านดูแลให้น้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายผู้ป่วยในแต่ละวัน
ข้อ 4 ท่านจัดทำศีรษะสูงหรือท่านนั่งขณะได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก	ควรใช้คำว่า “ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง” และ ควรเพิ่มคำว่า ก่อน ขณะ และหลังให้อาหารทางสายให้อาหาร	แบ่งเป็นข้อย่อย ในหัวข้อ การดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ในข้อ 8,13,21	8.ท่านจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูงหรือท่านนั่งก่อนได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก 13.ท่านจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูงหรือท่านนั่งขณะได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก 21.ท่านจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่า

ข้อความเดิม	ข้อเสนอแนะ	การแก้ไข	ข้อความใหม่ที่ปรับแก้ ตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ
			ศึรชะสูงหรือทำนังหลังได้รับ อาหารทางสายให้อาหารทางจุมก
ข้อ10 ท่านดูแลสายให้อาหารทางจุมกไม่ให้สายหักพับงอ	เพิ่มคำว่า“หรือตั้งรั้ง”	ปรับเป็น“ท่านจัดสายให้อาหารทางจุมกไม่ให้สายหักพับงอหรือตั้งรั้ง”	10.ท่านจัดสายให้อาหารทางจุมกไม่ให้สายหักพับงอหรือตั้งรั้ง
ข้อ16 ท่านทำความสะอาดสายให้อาหารด้วยการกรอกน้ำใสในสายก่อน-หลังให้อาหารและยา 30 ml	เพื่อลดความสับสนของผู้ดูแลควรพูดถึงการล้างสายหลังให้อาหารอย่างเดียว	ปรับเป็น “ท่านเติมน้ำล้างสายให้อาหารหลังให้ยาทุกครั้ง”	16.ท่านเติมน้ำล้างสายให้อาหารหลังให้ยาทุกครั้ง
ข้อ 24 ท่านทำความสะอาดบริเวณจุมกที่มีน้ำมูกและสายให้อาหารไปอุดอยู่	ควรใช้คำว่า “ทำความสะอาดบริเวณจุมกทั้ง 2 ข้างที่มีน้ำมูก”	ปรับเป็น“ท่านช่วยทำความสะอาดภายในบริเวณจุมกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง”	24.ท่านช่วยทำความสะอาดภายในบริเวณจุมกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
ข้อ 26 ท่านเปลี่ยนพลาสติกในตำแหน่งที่ปะจุมกทุกวันหรือเปลี่ยนเมื่อไม่สะอาดหรือหลุดไม่อยู่ในตำแหน่ง	ควรเพิ่มเรื่องการสังเกตบาดแผลกดทับของสายให้อาหาร	เพิ่มข้อความ ข้อ 27 ท่านสังเกตบาดแผลกดทับที่อาจเกิดขึ้นบริเวณของสายให้อาหารทางจุมกอย่างสม่ำเสมอทุกวัน	26.ท่านเปลี่ยนพลาสติกตำแหน่งที่ติดบริเวณจุมกทุกวันให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 27.ท่านสังเกตบาดแผลกดทับที่อาจเกิดขึ้นบริเวณของสายให้อาหารทางจุมกอย่างสม่ำเสมอทุกวัน

ข้อคำถามเดิม	ข้อเสนอแนะ	การแก้ไข	ข้อคำถามใหม่ที่ปรับแก้ ตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อ 28 ท่านติดตาม เรื่องการขับถ่ายของ ผู้ป่วยถ้าพบว่าไม่ ถ่ายมากกว่า 3 วัน ท่านให้ยาระบาย หรือทำการสวน/ ล้างอุจจาระออก	ควรเพิ่มเรื่องการ ประเมินภาวะ แทรก ซ้อนจากปอดอักเสบ จากการสำลักอาหาร เนื่องจากเป็นปัญหา สำคัญและพบได้บ่อย	เพิ่มข้อคำถาม ข้อ 29 และข้อ 30	29.ท่านสังเกตอาการสำคัญของ อาหารของผู้ป่วยได้ 30.ท่านสามารถสังเกต อาการของภาวะขาดน้ำที่ อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น ปากแห้งหรือผิวแห้ง เป็นต้น

เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
ศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความ
เชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนบำบัด 1 คน
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 1 คน
3. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลรามาริบัติ 1 คน
4. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลราชวิถี 1 คน
5. อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศแผนกการพยาบาลพื้นฐาน 1 คน

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และ
ความเหมาะสมของภาษาและการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น
ระดับ 1-4 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ
หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรง
ตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polit & Beck,
2004) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ คำนิยามเชิง
ปฏิบัติการหรือกรอบแนวคิด กำหนดระดับความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามที่
ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึงข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับคำพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก
3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง

กับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยาม เพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาให้มีความครอบคลุม ความตรง และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตร Chronbach's alpha Coefficient โดยมีค่าที่ยอมรับมากกว่าระดับ.80 ในแบบสอบถามที่ดัดแปลงจากเครื่องมือเดิม และค่าที่ยอมรับมากกว่าระดับ.70 ในแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับโปรแกรมการสอนแนะ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วย ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละขั้นตอน

แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ได้นำไปทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้เสนอแนะให้มีการปรับแก้ข้อคำถามใหม่ ดังตารางที่ 10 จากนั้นวิเคราะห์คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index; CVI) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบาคของอัลฟา (Chronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .86

ตารางที่ 8 แสดงการแก้ไขแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อคำถามเดิม	ข้อเสนอแนะ	การแก้ไข	ข้อคำถามใหม่ที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อ 1 ท่านมั่นใจว่าท่านเลือกชนิดอาหารปั่นที่ให้แกผู้ป่วยได้	เปลี่ยนอาหารปั่นเป็นชนิดหรือประเภทของอาหารทางสายหรือใช้คำว่า “อาหารผสม” เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจตรงกัน	ปรับเป็น “ท่านมั่นใจว่าท่านเลือกชนิดอาหารผสมที่ให้แกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม”	1.ท่านมั่นใจว่าท่านเลือกชนิดอาหารผสมที่ให้แกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
ข้อ 2 ท่านมั่นใจว่าท่านกำหนดปริมาณอาหารผสมที่ได้รับในแต่ละวันได้	คว ร ใ ช้ ค า ว า “ คำนวณพลังงาน และปริมาณอาหารผสมที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันได้ถูกต้อง”	ปรับเป็น “ท่านมั่นใจว่าท่านคำนวณปริมาณอาหารผสมที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันได้ถูกต้อง”	2.ท่านมั่นใจว่าท่านคำนวณปริมาณอาหารผสมที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันได้ถูกต้อง

ข้อความเดิม	ข้อเสนอแนะ	การแก้ไข	ข้อความใหม่ที่ปรับแก้ ตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อ 4 ท่านมั่นใจว่าท่านได้ทำการจัดทำที่เหมาะสม ก่อน ขณะ และหลังให้อาหารทางสายให้อาหารแก่ผู้ป่วย	ควรแยกเป็นข้อๆ ใน ขั้นตอน ก่อน ขณะ และหลังให้อาหาร ทางสายให้อาหาร ทางจมูก	แบ่งเป็นข้อย่อย ใน หัวข้อ การดูแลผู้ป่วย ก่อน ขณะและหลังให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกในข้อ 4,8,12	4.ท่านมั่นใจว่าท่านได้จัดทำที่เหมาะสมก่อนให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก 8.ท่านมั่นใจว่าท่านได้จัดทำนอนศีรษะสูงหรือท่านั่งขณะให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก 12. ท่านมั่นใจว่าท่านจัดทำนอนศีรษะสูงหรือท่านั่ง ภายหลังให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
ข้อ 6 ท่านมั่นใจว่าท่านตรวจสอบอาหารที่เหลือค้างอยู่ได้และสามารถประเมินและตัดสินใจได้ว่าผู้ป่วยสมควรได้รับอาหารในมื้อนั้นหรือไม่	ควรเพิ่มการ ตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหาร	ปรับข้อ 6 เป็นการ ตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารทางจมูกและเพิ่มข้อ 7 เป็นการตรวจสอบอาหารที่เหลือค้างอยู่	6.ท่านมั่นใจว่าท่านตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารทางจมูกทุกครั้งก่อนให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง 7.ท่านมั่นใจว่าท่านตรวจสอบอาหารที่เหลือค้างอยู่ได้
ข้อ 11 ท่านมั่นใจว่าท่านทำความสะอาดสายให้อาหารก่อน และหลังให้อาหาร และยา	ควรเพิ่มการดูแลไม่ให้สายอุดตัน	ปรับเป็น“ท่านมั่นใจว่าท่านเติมน้ำล้างสายให้อาหารภายหลังให้อาหารและยาทุกครั้ง เพื่อป้องกันสายอุดตัน”	11.ท่านมั่นใจว่าท่านเติมน้ำล้างสายให้อาหารภาย หลังให้อาหารและยาทุกครั้ง เพื่อป้องกันสายอุดตัน

ข้อความเดิม	ข้อเสนอแนะ	การแก้ไข	ข้อความใหม่ที่ปรับแก้ ตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อ 17 ท่านมั่นใจว่า ท่านเป็นผู้รับฟัง ปัญหาผู้ป่วยและช่วย หาแนวทางในการ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้	ควรเพิ่มเรื่องที่คุณดูแล มีส่วนร่วมในการ เสริมสร้างกำลังใจ ซึ่ง อาจไม่ใช่คนรับฟัง ปัญหาหรือผู้หาแนว ทางแก้ไข	ปรับข้อความ ข้อ 17 และ เพิ่มข้อ คำถาม ข้อ 18,19	17.ท่านมั่นใจว่าท่านเป็น ผู้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยได้ 18.ท่านมั่นใจว่าท่านช่วย หาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยได้ 19.ท่านมั่นใจว่าท่าน พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมี คุณค่าในตัวเอง

ตารางที่ 9 แสดงค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index; CVI) และค่าความเที่ยง
ของเครื่องมือ จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30 คน)

แบบสอบถาม	CVI	Reliability
1. แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก	1.00	0.89
2. แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก	1.00	0.86

การดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 60 คน โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ
ทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และประเมินผลการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ.2559 ถึง
วันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2559 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 การเตรียมเอกสาร มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 เอกสารอนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยขอเอกสารอนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อนำไปยื่นเสนอต่อที่ปรึกษาสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จำนวน 1 ชุด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 1 ชุด ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ 1 ชุดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 1 ชุด และคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1 ชุด และเมื่อได้รับอนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (ภาคผนวก ข)

1.1.2 เอกสารขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารขอความอนุเคราะห์ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเอกสารขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยขอเอกสารดังกล่าว จำนวน 1 ชุด จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อนำไปยื่นเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ภายหลังได้รับอนุมัติการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม เพื่อขอดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย (ภาคผนวก ค)

1.1.3 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดทำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามรูปแบบเอกสารของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลภูมิพล อดุลยเดช เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร (ภาคผนวก ค)

1.2 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยสำหรับการเป็นผู้สอนแนะ

1.2.1 ผู้วิจัยจัดเตรียมโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ

1.2.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไม่น้อยกว่า 5 ปี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการประเมินผู้ดูแลจนผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย

1.3 การเตรียมสถานที่ ประกอบด้วย

1.3.1 หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรมชั้น 9/2 อาคารคุ้มเกล้าบริเวณห้องให้คำปรึกษา เป็นบริเวณที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นสถานที่สำหรับให้โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

1.3.2 ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกโสต ศอ นาสิกกรรม ชั้น 2 อาคารคุ้มเกล้า เป็นบริเวณที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล อยู่บริเวณด้านขวาติดกับห้องทำหัตถการ โดยผู้วิจัยจัดโต๊ะและเก้าอี้ แยกออกมาจากบริเวณห้องตรวจ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งได้จากการประเมินแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่ทำการบันทึกไว้จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการทดลองต่าง ๆ ในภาพรวม บันทึกและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบประเมินความสามารถในการดูแลและเร่งศีระและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

2.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการสอนแนะและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ กิจกรรมประกอบด้วยการสอนแนะตามขั้นตอนการสอนแนะทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ 3) ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน การสำรวจทางเลือกเพื่อหาแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อไปถึงเป้าหมาย 4) การวางแผนการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม 5) การเรียนรู้การปฏิบัติ ฝึกทักษะในเรื่องการเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ และ 6) การประเมินผลย้อนกลับเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบกับผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลรวมทั้งการให้ความรู้และทักษะเพิ่มเติม ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบและต่อเนื่องตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ในวันที่ 3,5,7 และระยะที่กลับไปพักรักษาตัวที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรมการทดลอง เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน พุดคุยสอบถามข้อมูล สภาพความเป็นอยู่ สภาพผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล

การกำกับการทดลอง หลังจากผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันทำกิจกรรมเสร็จ ผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแล จำนวน 2 ครั้ง ในครั้งที่ 3 (วันที่ 7 ของโปรแกรมการทดลอง และ ครั้งที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงทำการพุดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายให้อาหารในแต่ละวัน โดยมีเกณฑ์ในการประเมิน คือผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยในระดับมากขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในการ

ดูแลผู้ป่วยในระดับน้อยที่สุด-ปานกลางในข้อใด ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยจะทบทวนเนื้อหาที่สอนแนะและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคร่วมกับผู้ดูแลเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงสาธิตและสอนแนะในเรื่องนั้นซ้ำ จนผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและผ่านเกณฑ์การประเมินตามแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งจากการทำแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ครั้งที่ 1 ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลเท่ากับ 77.56 คิดเป็นร้อยละ 81.64 และผู้ดูแลที่มีคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลน้อยกว่าร้อยละ 80 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และครั้งที่ 2 ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลเท่ากับ 83.33 คิดเป็นร้อยละ 87.71 (รายละเอียดในภาคผนวก จ ตารางที่ 19)

2.2 กลุ่มควบคุม เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและสุมกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งได้จากการประเมินแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่ทำการบันทึกไว้ จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยเข้าไปพบผู้ดูแลแล้วแนะนำตัวเองและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับข้อมูลจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผล ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติตามหลักการพยาบาลขั้นพื้นฐาน กล่าวคือมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกพร้อมกับให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตามหลัก METHOD ประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่มีความเกี่ยวข้องกับ 1) Medication การให้ยา 2) Environment การดูแลสิ่งแวดล้อม 3) Treatment การติดตามการรักษา 4) Health promotion การสร้างเสริมสุขภาพ 5) Out patient การมาตรวจตามนัด และ 6) Diet การดูแลด้านโภชนาการ และหลังจากนั้น 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะนัดพบผู้ป่วยและผู้ดูแลบริเวณห้องที่แพทย์นัดตรวจ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกสำหรับผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลบริเวณห้องที่แพทย์นัดตรวจเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง) เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 ผู้วิจัยพูดคุย ชักถามความคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงความพึงพอใจต่อการสอนแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และกล่าวคำขอบคุณที่ให้ความร่วมมือซึ่งถือเป็นการสิ้นสุดการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

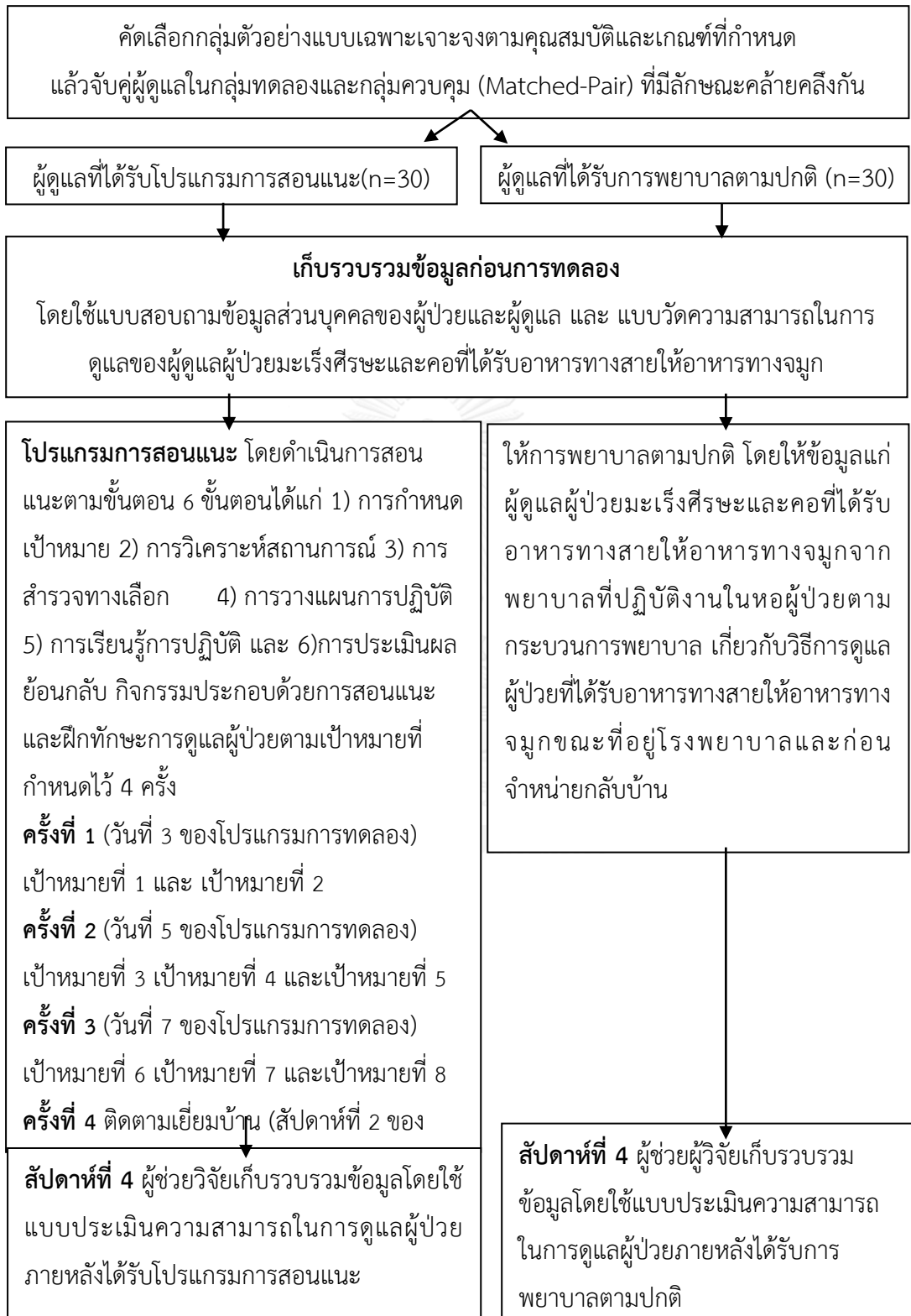
การวิจัยนี้ เริ่มดำเนินการเมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2558 โดยในขั้นตอนดำเนินการ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินการวิจัย แล้วขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างให้ลงนามยินยอม โดยข้อมูลจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการรักษา สิ่งที่ผู้ป่วยชอบและผูกพัน บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดและคุ้นเคยมากที่สุด และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อนและภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิจัย มีดังนี้

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างก่อนและภายหลังได้รับการสอนแนะ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ระหว่างก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองนั้นเป็นการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ระหว่างก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ผลของความสามารถในการดูแลเป็นไปตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนและภายหลังได้รับการสอนแนะ

ความสามารถ ของผู้ดูแล	ก่อนได้รับ		ภายหลังได้รับ		df	t	p- value
	โปรแกรมการสอน		โปรแกรมการสอน				
	แนะ	แนะ	แนะ	แนะ			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ด้านร่างกาย							
การเตรียมอาหารผสม	34.30	8.37	51.93	5.23	29	12.188	.000
การให้อาหารทางสาย ให้อาหารทางจมูก	22.17	6.31	35.60	2.41	29	11.375	.000
การติดตามดูแล ภายหลัง	28.13	5.46	42.66	3.93	29	13.170	.000
ด้านจิตใจ	9.87	2.32	13.50	1.71	29	8.196	.000
คะแนนรวม	94.47	15.95	143.70	10.56	29	16.481	.000

จากตารางที่ 10 พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะมีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในแต่ละด้าน พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะด้านร่างกาย ประกอบด้วย การเตรียมอาหารผสม การให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการติดตามดูแลภายหลังให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและด้านจิตใจ มีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนและภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้นเป็นการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลของความสามารถในการดูแลเป็นไปดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสามารถ ของผู้ดูแล	กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอน		กลุ่มที่ได้รับ การพยาบาล ตามปกติ		df	t	p- value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
	ด้านร่างกาย						
การเตรียมอาหารผสม	34.30	8.37	32.70	6.17	58	.843	.403
การให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก	22.17	6.31	23.57	4.41	58	.996	.323
การติดตามดูแลภายหลัง	28.13	5.46	27.73	4.79	58	.302	.764
ด้านจิตใจ	9.87	2.32	10.10	1.90	58	.427	.671
คะแนนรวม	94.47	15.95	94.10	14.46	58	.093	.926

จากตารางที่ 11 พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและมีความสามารถไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในแต่ละด้าน ก่อนการทดลอง พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ด้านร่างกาย ประกอบด้วย การเตรียมอาหารผสม การให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการติดตามดูแลภายหลังให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและด้านจิตใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและมีความสามารถไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสามารถของ ผู้ดูแล	กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอน		กลุ่มที่ได้รับ การพยาบาล ตามปกติ		df	t	p- value
	แนะ						
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ด้านร่างกาย							
การเตรียมอาหารผสม	51.93	5.23	45.57	6.23	58	4.287	.000
การให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก	35.60	2.41	30.27	4.84	58	5.392	.000
การติดตามดูแลภายหลัง	42.66	3.93	36.70	5.52	58	4.820	.000
ด้านจิตใจ	13.50	1.72	11.83	2.05	58	3.411	.001
คะแนนรวม	143.70	10.57	124.37	16.57	58	5.389	.000

จากตารางที่ 12 พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ มีความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลแต่ละด้าน ภายหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ด้านร่างกาย ประกอบด้วย การเตรียมอาหารผสม การให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการดูแลภายหลังให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและด้านจิตใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะมีความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบแผนการทดลองเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและภายหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับประทานอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างก่อนและภายหลังการได้รับโปรแกรมการสอนแนะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับประทานอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับประทานอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการวิจัยโดยการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะของผู้ดูแลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แบบแผนการทดลองเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและภายหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับประทานอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชระหว่างเดือนมีนาคม 2559-เดือนสิงหาคม 2559 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย: มีอายุระหว่าง 20-65 ปี เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกรวมทั้งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล: มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดีและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน แล้วทำการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและระดับการศึกษาเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดผลกระทบต่องานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยรวมของครอบครัว สิ่งที่ผู้ป่วยชอบและผูกพัน บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดและคุ้นเคยมากที่สุด ชนิดของอาหารผสมที่ผู้ป่วยได้รับ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ชนิดของการรักษา น้ำหนักวันแรกที่เริ่มทำการศึกษาและวันสิ้นสุดการศึกษา ส่วนสูงและค่าดัชนีมวลกาย

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน รายได้โดยรวมของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและประเภทของผู้ดูแล

1.3 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ดูแลที่สร้างโดยผู้วิจัย มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลก่อนให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ความสามารถใน

การดูแลขณะได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและความสามารถในการดูแลภายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก และความสามารถในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการสอนแนะของอิตันและจอห์นสัน โดยจัดให้มีกิจกรรมและเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน การสำรวจทางเลือก การวางแผนปฏิบัติ เรียนรู้การปฏิบัติและการประเมินผลย้อนกลับ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในผู้ป่วยให้เกิดความรู้ ความเชื่อมั่นในการดูแลและมีทักษะ กิจกรรมประกอบด้วยกระบวนการสอนแนะตามเป้าหมายที่กำหนดโดยดำเนินการตามขั้นตอนที่กล่าวไว้ข้างต้น

2.2 แผนการสอนแนะ พัฒนาขึ้นมาจากโปรแกรมการสอนแนะ โดยชี้แจงให้เห็นถึงวัตถุประสงค์ของการสอนแนะตามเป้าหมาย รวมถึงอธิบายแจกแจงเนื้อหาและกิจกรรมการสอนแนะ สื่อที่ใช้ในการสอนแนะ ระยะเวลาในการสอนแนะและเกณฑ์การประเมินผลภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย 8 แผนการสอนแนะ ได้แก่ 1) การเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ 2) วิธีการทำอาหารผสม 3) วิธีการให้อาหาร 4) การดูแลสายให้อาหารทางจมูก 5) การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า 6) การดูแลให้ได้รับยา 7) การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อน และ 8) การดูแลด้านจิตใจเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ

2.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกสำหรับผู้ดูแล เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการให้อาหารทางสายให้อาหาร ความหมายของอาหารผสม อุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลความสะอาดปากและฟัน อาการผิดปกติที่พบได้บ่อย

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่สร้างโดยผู้วิจัย รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อข้อคำถามแบ่งเป็น 2 มิติ คือการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกาย ได้แก่ ความเชื่อมั่นในการดูแลก่อนให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ความเชื่อมั่นในการดูแลขณะได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกความเชื่อมั่นในการดูแลภายหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ความเชื่อมั่นในการดูแลด้านจิตใจและภาพรวมความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิกกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 60 คน โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการทดลอง ประกอบด้วย การเตรียมเอกสารต่าง ๆ การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยสำหรับการเป็นผู้สอนแนะ รวมถึงการเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและการเตรียมสถานที่

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ คือ ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการทดลองต่าง ๆ ในภาพรวมและให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ จากนั้น ผู้ดูแลได้รับการสอนแนะและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยผู้วิจัยตามขั้นตอนการสอนแนะทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ 3) ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน การสำรวจทางเลือกเพื่อหาแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อไปให้ถึงเป้าหมาย 4) การวางแผนการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม 5) การเรียนรู้การปฏิบัติ ฝึกทักษะในเรื่องการเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ และ 6) การประเมินผลย้อนกลับเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดไว้ 4 ครั้ง คือ ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลในวันที่ 3, 5 และ 7 ของโปรแกรมทดลอง ใช้เวลาครั้งละ 30-60 นาทีและติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมทดลอง ใช้เวลา 60 นาที

2.2 กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ คือ ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ มีกิจกรรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผล ร่วมกับใช้แนวปฏิบัติตามหลักการพยาบาลขั้นพื้นฐานพร้อมกับให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตามหลัก METHOD หลังจากนั้น สัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแลเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทาง

สายให้อาหารทางจมูกภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอีกครั้ง และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกสำหรับผู้ดูแล

3. ระยะสิ้นสุดการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการสอนแนะ ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแลบริเวณห้องที่แพทย์นัดตรวจเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังจากนั้น ผู้วิจัยพูดคุย ซักถามความคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงความพึงพอใจต่อการสอนแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และกล่าวคำขอบคุณที่ให้ความร่วมมือซึ่งถือเป็นการสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อนและภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะของผู้ดูแลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างก่อนและภายหลังการได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกนั้นมีความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจำเป็นต้องการปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองและมีการพึ่งพาผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ถือว่าเป็นประสบการณ์ใหม่สำหรับผู้ดูแลจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่ามีการศึกษาที่สนับสนุนว่าผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเมื่อได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและรู้สึกว่าการดูแลตนเองไม่มีความเชื่อมั่นและไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยผู้ดูแลต้องการความรู้และข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (วารุณี มีเจริญ, 2556) นอกจากนั้นผู้ดูแลยังรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลที่จะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Margaret, 2012) เนื่องจาก ผู้ดูแลไม่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นภายในระยะเวลาที่เหมาะสมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540)

จากที่กล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการดูแลเพื่อทำให้เกิดความเชื่อมั่นและทักษะต่าง ๆ ในการดูแลอย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำระบบการพยาบาลเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยใช้แนวทางการสอนแนะของอิตันและจอห์นสัน (2000) มาสร้างเป็นโปรแกรมการสอนแนะตามขั้นตอนการสอนแนะทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน การสำรวจทางเลือกเพื่อหาแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อไปให้ถึงเป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติโดยให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีส่วนร่วม การเรียนรู้การปฏิบัติ ฝึกทักษะ ในเรื่องการเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทาง

จุมูก การดูแลให้ได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุมูกและการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ และการประเมินผลย้อนกลับเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนในโปรแกรมการสอนแนะนำนั้นช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุผลและวิธีการในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการสอนแนะนำ ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบและมีความต่อเนื่องซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีความแตกต่างกันทางด้านสิ่งแวดล้อม วิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน การเยี่ยมบ้านจึงเป็นการติดตามประเมินความสามารถในการดูแลและให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนภายใต้ข้อจำกัดของสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเผชิญในขณะนั้น

โปรแกรมการสอนแนะนำมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการและความเหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละคนทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นพบวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับตนเองเป็นการเพิ่มพูนความรู้ สร้างความเชื่อมั่นและพัฒนาทักษะแก่ผู้ดูแล สามารถให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากขึ้น ดังนั้น เมื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำ พบว่ามีระดับคะแนนเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุมูกภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำ สอดคล้องกับ แสงรุ่ง รักร้อย (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะนำต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะเพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะนำกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้แนวคิดการสอนแนะนำของอิตันและจอห์นสันผลการวิจัยพบว่าความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำสูงกว่าก่อนได้รับการสอนแนะนำ สอดคล้องกับ ธีรฤดี ปราบริปู (2556) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนญาติผู้ดูแลต่อความสามารถและการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนญาติผู้ดูแล

2. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุมูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะนำกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจุมูกกลุ่มที่ได้รับการสอนแนะนำสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การสอนแนะเป็นรูปแบบการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลค้นพบวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้มีความรู้ ความเชื่อมั่นและพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย สามารถให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากขึ้นตามขั้นตอนการสอนแนะของอิตันและจอห์นสันประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน การสำรวจทางเลือก การวางแผนการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม การเรียนรู้การปฏิบัติ ฝึกทักษะ ในเรื่องการเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ และการประเมินผลย้อนกลับ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแล ทำให้เกิดการดูแลอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นและพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับ วาสนา มุลลิว (2559) ที่กล่าวว่า การสอนแนะ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลักเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจในความรู้ที่ได้รับและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามความเหมาะสม เกิดความเชื่อมั่นและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และ Grealish (2000) ที่กล่าวไว้ว่า ความรู้และทักษะเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมและพัฒนาความรู้จะทำให้ผู้ดูแลมีกระบวนการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติและมีแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติ และเมื่อปฏิบัติและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจะเกิดความชำนาญในที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะจึงให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากขึ้น เมื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะจึงพบว่า มีระดับคะแนนเพิ่มขึ้น

ในขณะเดียวกัน ถึงแม้ว่าเมื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ามีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันก็ตามนั้น อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นั้น พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผล ร่วมกับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลตามหลักการพยาบาลขั้นพื้นฐานเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อก่อให้เกิดทักษะหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือ มีการปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลซึ่งจะอธิบายพร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งเป็นการให้ความรู้แบบทิศทางเดียว ถึงแม้ว่าจะมีการให้ข้อมูล คำแนะนำ การสาธิตวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการ

ดูแลผู้ป่วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่เน้นในเรื่องที่ปัญหาและจำเป็นต้องรู้ เช่น วิธีการให้อาหาร การดูดเสมหะ การทำแผลเจาะคอ อีกทั้งในปัจจุบัน ผู้ดูแลยังมีโอกาสในการแสวงหาความรู้จากเจ้าหน้าที่และเอกสารต่าง ๆ จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ รวมทั้งจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ดูแลอื่น ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น เมื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจึงพบว่ามีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การพยาบาลตามปกตินั้นไม่สามารถประเมินความรู้และทักษะที่เฉพาะเจาะจงและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือทักษะต่าง ๆ ที่นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้ ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย ขาดการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลแต่ละราย อีกทั้งไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและประเมินผลการปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลและรู้สึกถึงภาระที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เกิดความไม่พร้อมที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนืองที่บ้าน

จึงสรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับจินนะรัตน์ ศรีภักดิ์ภิญโญ (2540) ที่ทำการศึกษารื่อง ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า การสอนและการฝึกทักษะตามที่ผู้วิจัยกำหนดทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และ นิชธิมา ศรีจางาน (2553) ที่ทำการศึกษผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อนจำหน่าย ผลการวิจัย พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถและความคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดระหว่างดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเป็นเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จากการวิจัย พบว่า ลักษณะของผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุ 40-49 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็นภรรยามากที่สุด แต่ในการวิจัยนี้ไม่ได้คำนึงถึงลักษณะผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาอื่น เช่น การเจาะคอ การผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคอ ซึ่งทำให้มีการพยาบาลที่แตกต่างกัน ดังนั้น โปรแกรมการสอนแนะนำ

อาจไม่สามารถใช้ได้กับผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่มีการรักษาที่ซับซ้อนได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้างและมีรายได้ < 9,999 บาทต่อเดือน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไปทำงานในช่วงตอนกลางวันและมีเวลาว่างในช่วงเย็น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าจากงานที่ทำส่งผลให้มีความสนใจต่อการสอนแนวลดลง ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ดูแลมีเวลาดูแลหรือมีความพร้อมได้จริง ดังนั้นจึงต้องมีการปรับแผนการสอนแนวให้มีความยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมของผู้ดูแลแต่ละคนในงานวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการสอนแนวผู้ดูแลไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกในหอผู้ป่วย โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้สอนแนวเพื่อให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้และส่งเสริมบทบาทการเป็นผู้สอนแนว ซึ่งถือเป็นสมรรถนะหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

2. ควรนำโปรแกรมการสอนแนวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกไปใช้ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เช่น การคัดเลือกผู้ดูแลที่เรียนรู้ซ้ำไปเรียนทำอาหารผสมก่อนเพื่อที่จะได้มีเวลาในการช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีความเชื่อมั่นและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีสมุดบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมขณะที่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ ในโปรแกรมการสอนแนวเพื่อเป็นการประเมินตนเองของผู้ดูแล

2. ควรมีสื่อสารณะหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และแก้ปัญหาด้วยตนเอง

3. ควรจัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกขึ้น เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานงานและเป็นที่ปรึกษาในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

- กันยรัตน์ กัตถุญญ. (2552). ความสุขของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับบริการรักษาในแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. *วชิรเวชสาร*, 53(1): 59-67.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2555). *คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- กานตรัตน์ โรจนพันธ์. (2556). อิทธิพลของระยะของโรค การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ การได้รับยากกลุ่มโอปิออยด์ และเทคนิครังสีรักษา ต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ. *วารสารสภาการพยาบาล* 28(2): 13-29.
- แก้วตา มีศรี. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1): 39-45.
- โกสินทร์ วิระษร, คมสัน อารงอนันตกุล., วิยะดา ปัญจรัก., (2557). การรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายของโรคมะเร็งศีรษะและคอ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 29(5): 497-502.
- คณะกรรมการหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. (2558). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- จอม สุวรรณโณ. (2546). ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 18(3): 1-21.
- จันทร์จิรา เอื้อกาญจน์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(2): 20-32.
- จันทพร อธิทองดี. (2548). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติพร ยุบลพริ้ง. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(1): 24-37.
- ชนาธิป พรกุล. (2544). *รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญญชิตา โพธิประสาท. (2548). พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ. *พยาบาลสาร*, 32(1): 105-119.

- ซัชสุดา ธนอมรพงศ์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพลิ้น ภาวะ
โรคร่วม กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด. *วารสาร
สภากาการพยาบาล*, 29(1): 67-81.
- ธัญรดี ปราบริปู. (2556). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนญาติผู้ดูแลต่อความสามารถและการรับรู้
ความสามารถของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง. *วารสารกรมแพทย์ทหารอากาศ*, 59(1):
42-49.
- นงลักษณ์ สรรสม. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 22(2): 42-53.
- นิลรัตน์ วัชรภิกษาต. (2543). *บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและ
คุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุปผา นันมา. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่
ได้รับการรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(2): 85-99.
- ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ. (2556). ปัจจัยเสริมสร้างพลังงานอำนาจของผู้ดูแลต่อการดูแลเด็กป่วย
โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1): 88-101.
- พัฒนา ขวลิตศุภเศรษฐ์. (2553). *การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและ
ความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่
รับไว้ในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พัทยา พันธุ์ทอง. (2550). *แนวการปฏิบัติการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก*. กรุงเทพฯ: บีเอเอช
พรินติ้ง.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหา*. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพลส จำกัด.
- แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. (2558). *สถิติผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้า
รับการรักษาที่หอผู้ป่วยชั้น 9/2 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช*. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 18
กันยายน 2559]. แหล่งที่มา: <http://www.bhumibolhospital.raf.mi.th>.

- รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2551). ผลของระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและ ความพึงพอใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุชฎีบัณฑิต สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรา สัมมะสุต. (2554). อาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2559]. แหล่งที่มา: <http://www.md.kku.ac.th/nutrition/Feeding>.
- เรวัต วิศรุตเวช. (2554). นวัตกรรมอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก. *วารสารกรมการแพทย์*, 16(6). 1-6.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2559). *We can I can*. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2559]. แหล่งที่มา: <http://www.cccthai.org>.
- โรงพยาบาลศิริราช. (2557). *แนวทางการดูแลต่อเนื่งที่บ้าน*. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2559]. แหล่งที่มา: <http://www.si.mahidol.ac.th/>
- วชิรา สุทธิธรรม. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา มุลฐี. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะ เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1): 95-110.
- วิชาญ หล่อวิทยา. (2544). *Manual of radiation oncology*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติต่อความทุกข์ทรมานของ ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). *สถิติโรคมะเร็ง*. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2559]. แหล่งที่มา: <http://nci.go.th>.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2556*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงาน เทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สภาการพยาบาล. (2559). *สมรรถนะหลักของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2559]. แหล่งที่มา: <http://www.tnc.or.th/diploma>.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.

- สมฤดี อรุณจิตฺต. (2558). *ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล. (2551). *แนวทางการให้ยาทางสายให้อาหาร*. กรุงเทพฯ: องค์การเภสัชกรรม.
- สายพิน หัตถ์รัตน. (2555). *คู่มือหมอบรรเทาอาการผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติโรคมะเร็ง*. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งที่มา: <http://bps2.moe.go.th>
- สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา. (2549). *ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธิสา เต็มทับ. (2549). อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(6): 445-454.
- สุรศักดิ์ พุทธานุกาพ. (2549). *ตำรา หู คอ จมูก*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- สุวิมล ว่องวานิช และ นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). *แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงรุ่ง รักอยู่. (2556). ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(1): 44-56.
- อภิญา เพียรพิจารณา. (2553). *แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลเล่ม 2*. นนทบุรี: ยุทธินทรการพิมพ์.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2550). การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง. *วารสารสาธารณสุข*, 16(1), 1-2.
- อังกฤษ มีจักร. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 118(2): 34-54.
- Barbara, A. H., Luke, H., Cynthia, K. (2011). The relationship between weight loss and health-related quality of life in persons treated for head and neck cancer. *Support Care Cancer*, 19: 1511-1519.
- Chaturvedi, A., Engels, EA. (2011). Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *J Clin Oncology*, 29: 4294-4301.

- Claire, C. (2004). Preventing malnutrition. *The World of Irish Nursing*, 12(8): 27-28.
- Eaton, J., & Johnson, R. (2000). *Coaching Successfully*. United States: Dorling
Kiddersley Publishing.
- Ferlay, S.H., Bray, F, Forman, D, Mathers, C, Parkin, DM. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008. *Int. J. Cancer*, 4(127): 893-917.
- Garcia, P., & Paron, V. (2007). Long term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clinical Nutrition*, 26: 710-717.
- Girvin, J. (1999). Coaching for improving job performance and satisfaction. *Nursing Times*, 95(50): 55-57.
- Grealish, L. (2000). The skills of coach are an essential element in clinical learning. *Journal of Nursing Education*, 39(5): 231-233.
- Jamie, L. P., Susan, M., Michelle, L., & Paul, D. (2012). Family Members' Experiences Caring for Patients with Advanced Head and Neck Cancer Receiving Tube Feeding. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 44(4): 563-571.
- Jormain, C. (2007). Nutrition support during radiotherapy for head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(6): 875-880.
- Lydia, W.L., Sara, J.M. (2011). Caregiver Confidence: Does It Predict Changes in Disability Among Elderly Home Care Recipients. *The Gerontological Society of America*, 52(1): 79-88.
- Margaret, L.L, John, A.R., Barbara, A.B., Thomas, J.G. and Carolyn, Y.F. (2012). Psychological functioning of caregivers for head and neck cancer patients. *Oral Oncol*, 48(1): 18-25.
- Mary, E.H., Deborah, B.M., Karen, S, Jeanne, G., Bruce, F. (2009). Prevalance and correlates of depression among patients with head and neck cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(3): 107-125.
- Mayre-Chilton KM, Talwar BP, Goff LM. (2011). Different experiences and perspectives between head and neck cancer patients and their care-givers on their daily impact of a gastrostomy tube. *J Hum Nutr Diet*. Oct, 24(5): 449-59.
- Meecharoen, W., Laurel L.N., Sirapo-ngam, Y. and Monkong, M. Family Caregivers for Cancer Patients in Thailand: An Integrative Review. *SAGE Open*, 1: 1-10.

- Net Editorial Board. (2015). *Overview head and neck cancer*. [Online]. Retrieved July 15, 2016 from: [http://www.cancer.net/cancer-type/head and neck cancer](http://www.cancer.net/cancer-type/head-and-neck-cancer)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concept of Practice*. St. Louis: Mosby year book.
- Patternson, J. M., Rapley,T, Carding,P.N, Wilson,J.A, McColl,E,. (2012). Head and neck cancer and dysphagia; caring for carers. *Psycho-Oncology*, 22: 1815-1820.
- Perry, A.R., Shaw, M.A. (2000). Evaluation of functional outcomes (speech, swallowing and voice) in patients attending speech pathology after head and neck cancer treatments: development of a multi-center database. *J Laryngol Otol*, 114(8): 605-615.
- Polit, & Beck. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Quirine, C.P., Offerman, M., Jean F.A., Maarten F.B. (2014). Experience of palliative care for patients with head and neck cancer through the eyes of next of kin. *Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, 30(4): 1459-1466.
- Ranare, J., Pamella, P., Isabel, L. (2013). Quality of life in patients with dysphagia after radiation and chemotherapy treatment for head and neck tumors. *Oral Medicine and Pathology*, 5(3): 122-127.
- Shu-Chen, C., Chin-Yi, H., Ching-Hsiung, L., Suhu-Ling, T. (2015). The effects of systematic educational interventions about nasogastric tube feeding on caregivers' knowledge and skills and the incidence of feeding complications. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 1567-1575.
- Sit, J., Wong, T., Clinton, M., Li, L. and Fong, Y. (2014). Stoke care in the home: The impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 816-824.
- Siegel, R., Ma, J., Zou, Z., Jemal, A. (2014). Epidemiology and risk factors for head and neck cancer. *Cancer J Clin*, 64(1): 277-300.
- Zainul, A.S., Ghaffar, S., Ahmed, B.N. (2011). Comparison of outcomes of enteral feeding via nasogastric versus gastrostomy tubes in post-operative patients with a principle diagnosis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Journal of Pakistan Medical Association*, 61(10): 1042-1045.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | | |
|----------------------|-----------------|--|
| 1. พล.อ.ต.นพ.วิบูลย์ | ตระกูลฮุน | ที่ปรึกษาสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและ
ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย |
| 2. น.ท.หญิงพัชรี | สิงห์เจริญ | นายทหารพยาบาล กองการพยาบาล
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| 3. ร.อ.หญิงภัทรมน | ทับสูงเนิน | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน กองการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| 4. นางสาวธีราพร | ชมพู่แสง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ |
| 5. นางสาวอรรรณ | พิชิตไชยพิทักษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลชั้นสูง งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริม
สุขภาพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ |

ภาคผนวก ข
จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และจดหมายขอดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1179



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน พลอากาศตรี นายแพทย์ วิบูลย์ ตระกูลสุน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุเมตตา ปรีชาวงษ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุเมตตา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ โทร. 087-696-7843

ที่ ศธ 0512.11/ 1788



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท. หญิง ณัฐดี สุขไพเราะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ น.ท.หญิง พัชรี สิงห์เจริญ นายทหารพยาบาล กองการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

น.ท.หญิง พัชรี สิงห์เจริญ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

ร.ท. หญิง ณัฐดี สุขไพเราะ โทร. 087-696-7843

ที่ ศธ 0512.11/1172



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ร.อ. หญิง ภัทรมน ทับสูงเนิน อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน กองการศึกษา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชางงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ร.อ. หญิง ภัทรมน ทับสูงเนิน

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ โทร. 087-696-7843

ที่ ศธ 0512.11/1172



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวธีราพร ชมพูแสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงศ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวธีราพร ชมพูแสง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ โทร. 087-696-7843

ที่ ศธ 0512.11/1356



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอรรวรรณ พิษิตไชยพิทักษ์ พยาบาลชำนาญการพิเศษและปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวอรรวรรณ พิษิตไชยพิทักษ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ โทร. 087-696-7843



ที่ ศธ 0512.11/ 11๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 1 ชุด
 4. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสอนเน้นต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปริชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ โทร. 087-696-7843

ที่ ศธ 0512.11/ 1163



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ที่เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยโสต คอ นาสิกกรรม จำนวน 90 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลฯ แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลฯ และแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลฯ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

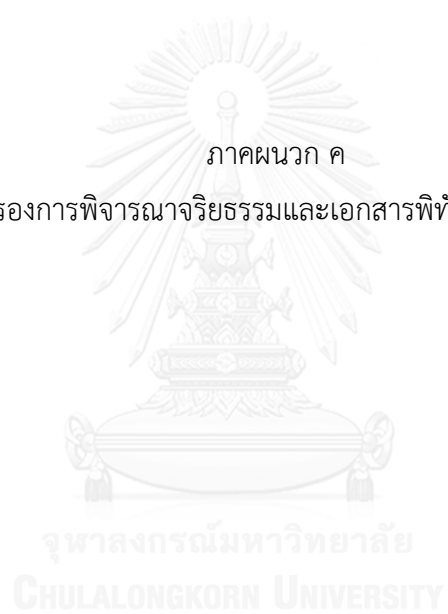
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

ร.ท. หญิง ณัฐวดี สุขไพเราะ โทร. 087-696-7843

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ
ขอรับรองว่า

โครงการ ผลของโปรแกรมสอนเน้นต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

โดย เรืออากาศโทหญิงณัฐวิ ศุขไพเราะ

สังกัด นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่พิจารณา: ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียด โครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่า ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๕๘

นาวาอากาศเอก

(โกรเลิศ เขียวบุญกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ

พลอากาศตรี

(สันติ ศรีเสริมโภค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ดังต่อไปนี้คือ

ก. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนแนะ และเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ข. รายละเอียดที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมโครงการ (ขั้นตอนการทำวิจัย) ผู้วิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการทดลองต่าง ๆ ในภาพรวม บันทึกและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองต่อไป

ค. ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย มีโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

ง. ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น -

จ. แนวทางป้องกัน/แก้ไขความเสี่ยงหรือการแก้ไขผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น -

ฉ. การติดต่อกับผู้ป่วยในกรณีที่มีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยประการใดหรือเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการวิจัยขึ้น ข้าพเจ้าจะติดต่อกับ ร.ท.หญิงณัฐวดี สุขไพเราะ ได้ที่ หอผู้ป่วย โสตศอนาสิกกรรมชั้น 9/2 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โทรศัพท์ 02-534-7921 หรือ 087-696-7843

ช. หากข้าพเจ้าได้รับผลข้างเคียง หรืออุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ หรืออันตรายจากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการปฏิบัติ/ การชดเชย และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะของดการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าโดยการงดการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกรได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับแต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ยินยอมหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

()

ลงชื่อ หัวหน้าโครงการวิจัย

()

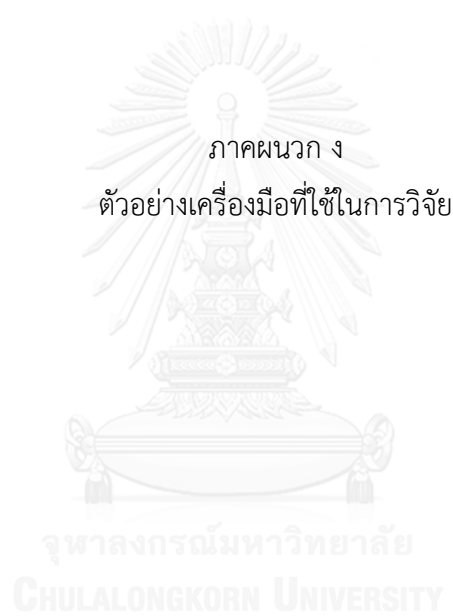
ลงชื่อ พยาน

()

ลงชื่อ พยาน

()





เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการสอนแนะ

1.2 แผนการสอนแนะ

1.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้

อาหารทางจมูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย

2.3 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ

คอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

1.1 โปรแกรมการสอนแนะ

โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการสอนแนะของอิตันและจอร์นสัน 6 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน 3) การสำรวจทางเลือกเพื่อหาแนวทางที่จะปฏิบัติเพื่อไปให้ถึงเป้าหมาย 4) การวางแผนการปฏิบัติโดยให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีส่วนร่วม 5) การเรียนรู้การปฏิบัติ ฝึกทักษะ ในเรื่องการเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ และ 6) การประเมินผลย้อนกลับเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่วางไว้ กิจกรรมประกอบด้วย การสอนแนะและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 4 ครั้ง ดังนี้

ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ใช้เวลา 30-60 นาทีต่อครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 (วันที่ 3 ของโปรแกรมการทดลอง) ให้การสอนแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ประกอบด้วย

1) การเลือกชนิดของอาหารผสมและกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาสั้นภายในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง คือ ผู้ดูแลสามารถเลือกชนิดของอาหารผสมและเข้าใจถึงวิธีการกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับเลือกชนิดของอาหารผสมและวิธีการกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) จุดแข็ง ได้แก่ ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่ดี มีความสนใจเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารผสมทั้งในรูปแบบอาหารผสมชนิดทำเองและชนิดสำเร็จรูป รวมทั้งการกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับ และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกมาก่อน 2) จุดอ่อน ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้หรือมีระดับการศึกษาต่ำ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจในเรื่องที่ได้สอนแนะเกี่ยวกับสูตรของอาหารผสมได้ หรือ ขาดความสนใจในการดูแลผู้ป่วย และมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถสนับสนุนการทำอาหารผสมหรือซื้ออาหารผสมสำเร็จรูปให้แก่ผู้ป่วยได้ทุกมื้อ และ 3) การสำรวจแหล่งประโยชน์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจาก

พยาบาลและนักโภชนาการเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารผสมและการกำหนดปริมาณอาหารผสมที่ได้รับ มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สรรวจทางเลือก จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนและการสำรวจแหล่งประโยชน์ จากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันหาแนวทางที่จะปฏิบัติในการเลือกชนิดของอาหารผสมและวิธีการกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การเลือกชนิดของอาหารผสมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียของอาหารผสมชนิดทำเองกับชนิดสำเร็จรูปแล้วให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกชนิดของอาหารผสม วิธีการกำหนดปริมาณอาหารผสมที่ผู้ป่วยได้รับหรือการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายผู้ป่วยในแต่ละวัน

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนในการเลือกชนิดของอาหารผสมและวิธีการกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกชนิดและวิธีกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับในแต่ละวันและทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการทำอาหารผสมที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากหน่วยโภชนาการ เกี่ยวกับ การเลือกชนิดอาหารที่ให้ทางสายให้อาหารทางจมูก ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการสารอาหารของผู้ป่วยแต่ละคน การทำหน้าที่ในการดูดซึมสารอาหารของทางเดินอาหารสถานะน้ำในร่างกาย ประกอบด้วย อาหารผสมชนิดทำเอง เป็นอาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร เตรียมจากอาหาร 5 หมู่ โดยเลือกอาหารแต่ละหมู่ที่สามารถปั่นผสมเข้าด้วยกัน ข้อดีของอาหารผสมชนิดทำเองคือได้รับคุณค่าทางสารอาหารครบ มีกากใยช่วยในการขับถ่าย แต่มีข้อเสีย คือ จัดเตรียมยากและใช้เวลานาน และ อาหารผสมสูตรสำเร็จรูป มีสูตรอาหารมากกว่า 100 ชนิด ข้อดี คือ สามารถจัดเตรียมง่าย ไม่ต้องใช้เวลานาน แต่มีข้อเสีย คือ บางสูตรไม่มีกากใยอาจทำให้มีอาการท้องผูกได้ง่าย และให้ความรู้เกี่ยวกับการกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับนั้นได้จากการประเมินภาวะโภชนาการและการกำหนดเป้าหมายที่ทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนและพลังงานเพียงพอต่อความต้องการ

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ โดยให้ผู้ดูแลเรียนรู้เกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารผสมและการกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับในแต่ละวันตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วยตนเอง ตามแนวทางที่ตกลงร่วมกันไว้ในขั้นวางแผนการปฏิบัติ

กิจกรรม ได้แก่ การสอนแนะและให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารผสมและวิธีการกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ การทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลือกชนิดของอาหารผสมและการกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับ หลังจากที่ยังผู้ดูแลไปเรียนทำอาหารผสมกับหน่วยโภชนาการของโรงพยาบาลจากนั้นให้ผู้ดูแลสาธิตการย้อนกลับในการเลือกชนิดของอาหารผสมว่าจะใช้ชนิดทำเองหรือชนิดสำเร็จรูป หรือเลือกทั้ง

สองชนิดสลับกัน และให้ผู้ดูแลคิดคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับในแต่ละวันตามที่ได้เรียนรู้จากหน่วยโภชนาการ

สื่อการสอน ได้แก่ สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ตัวอย่างของอาหารผสมชนิดต่าง ๆ และตารางวิธีการคำนวณปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับ เกี่ยวกับการเลือกชนิดและกำหนดปริมาณอาหารที่ได้รับในแต่ละวันตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารผสมและสามารถคำนวณปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับตามที่ผู้วิจัยได้สอนแนะไปได้ถูกต้อง ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและให้คำชมเชย แต่หากผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะสาธิตซ้ำและสอนแนะให้แก่ผู้ดูแลจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องต่อไป

2) วิธีการทำอาหารผสมด้วยตนเอง โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมาย ระยะสั้น ภายในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง คือ ผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงขั้นตอนวิธีการทำอาหารผสมและสามารถทำอาหารผสมได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับขั้นตอนวิธีการทำอาหารผสมได้ด้วยตนเองรวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแลประกอบด้วย 1) จุดแข็ง ได้แก่ ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่ดี เข้าใจวิธีการทำอาหารผสมได้รวดเร็ว มีความสนใจเกี่ยวกับการทำอาหารผสมด้วยตนเองและมีประสบการณ์การทำอาหารมาก่อนที่จะดูแลผู้ป่วย 2) จุดอ่อน ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการทำอาหารผสม ไม่มีเวลาในการจัดเตรียมอาหารผสมให้แก่ผู้ป่วย มีปัญหาเรื่องรายได้ไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนการทำอาหารผสมชนิดทำเองและชนิดสำเร็จรูป และไม่มีประสบการณ์ในการทำอาหาร และ 3) การสำรวจแหล่งประโยชน์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลและนักโภชนาการหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการทำอาหารผสมด้วยตนเอง มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจทางเลือก จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนและการสำรวจแหล่งประโยชน์ จากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันหาแนวทางที่จะปฏิบัติในการทำอาหารผสมด้วยตนเอง ได้แก่ การหาแนวทางในการเลือกวัตถุดิบในการทำอาหารผสม ให้มีคุณค่าทางสารอาหารครบถ้วนและเหมาะสม ถูกหลักโภชนาการ มีประโยชน์ต่อร่างกายและมีค่าใช้จ่ายในการชั่งถ่ายของผู้ป่วย อีกทั้งยังต้องคำนึงในเรื่องของราคา ค่าใช้จ่ายในการทำอาหารผสมด้วย

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนในการทำอาหารผสมได้ด้วยตนเอง โดยอาหารผสมชนิดทำเองนั้นเป็นอาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร เตรียมจากอาหาร 5 หมู่ โดยเลือกอาหารแต่ละหมู่ที่สามารถปั่นผสมเข้าด้วยกัน ซึ่งมีทั้งผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ น้ำตาล และน้ำมันพืช โดยเตรียมส่วนผสมให้สุก ปั่นผสมเข้าด้วยกัน กรองเอากากที่ไม่ละเอียดออก มีลักษณะเป็นของเหลว ลื่นไหลง่าย ซึ่งสามารถผ่านสายให้อาหารเข้าสู่ร่างกาย ข้อดีของอาหารผสมชนิดทำเองคือได้รับคุณค่าทางสารอาหารครบ มีกากใยช่วยในการขับถ่าย แต่มีข้อเสีย คือ จัดเตรียมยากและใช้เวลานาน

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ ให้ผู้ดูแลเรียนรู้การทำอาหารผสมด้วยตนเองตามเป้าหมายและแนวทางที่ตกลงร่วมกันไว้ในขั้นวางแผนการปฏิบัติ

กิจกรรม ได้แก่ การติดต่อประสานงานกับหน่วยโภชนาการของโรงพยาบาลเพื่อส่งผู้ดูแลไปเรียนทำอาหารผสมด้วยตนเอง ประกอบด้วย วิธีการเตรียมอุปกรณ์ อัตราส่วนผสมและวิธีการทำอาหารผสม หลังจากให้ผู้ดูแลได้เรียนวิธีการทำอาหารผสมด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำอาหารผสมกับหน่วยโภชนาการ โดยการให้ผู้ดูแลอธิบายถึงวิธีการทำอาหารผสมด้วยตนเอง รวมทั้งซักถามเกี่ยวกับวิธีการทำอาหารผสมซึ่งถือเป็นการสาธิตย้อนกลับ

สื่อการสอน ได้แก่ สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและภาพประกอบวิธีการทำอาหารผสมด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับ เกี่ยวกับการทำอาหารผสมด้วยตนเอง เพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสามารถตอบข้อซักถามและสามารถอธิบายขั้นตอนในการทำอาหารผสมได้ตามที่สอนแนะไปได้ถูกต้อง ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและคำชมเชย แต่หากผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะสาธิตซ้ำและสอนแนะให้แก่ผู้ดูแลจนสามารถทำอาหารผสมด้วยตนเองได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 2 (วันที่ 5 ของโปรแกรมการทดลอง) ให้การสอนแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ประกอบด้วย

3) วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกโดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมาย ระยะสั้น ภายในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง คือ ผู้ดูแลสามารถอธิบายและแสดงถึงวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) จุดแข็ง ได้แก่

ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่ดีทำให้สามารถเข้าใจขั้นตอนในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้อย่างรวดเร็ว สามารถปฏิบัติตามคำสอนแนะได้ดี มีความสนใจเกี่ยวกับการวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้มีเวลาว่างในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก 2) จุดอ่อน ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยและขาดความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย และ 3) การสำรวจแหล่งประโยชน์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สรรวจทางเลือก จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนและการสำรวจแหล่งประโยชน์ จากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันค้นหาแนวทางที่จะปฏิบัติในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เพื่อเป็นแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก โดยให้การสอนแนะและสาธิตวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ซึ่งมีวิธีการปฏิบัติดังนี้ 1) ล้างมือให้สะอาด 2) เตรียมอุปกรณ์การให้อาหาร ได้แก่ กระบอกให้อาหาร สำลิจัดทำความสะอาด และภาชนะใส่อาหารเหลวมาก่อนเพื่อประเมินว่าสามารถให้อาหารมือต่อไปได้หรือไม่ 3) เตรียมผู้ป่วยด้วยการจัดท่าผู้ป่วยในท่านอนศีรษะสูง 30 -60 องศา หรือนั่งพิงสบายกรณีที่ผู้ป่วยเจาะคอ มีท่อทางเดินหายใจ ให้ดูดเสมหะให้โล่งก่อน จึงเริ่มให้อาหาร 4) เปิดจุกที่ปิดรูสายให้อาหารทางจมูกและเช็ดทำความสะอาดด้วยสำลิจับน้ำสะอาด สวมปลาย syringe feed เข้ากับรูเปิดของสายให้อาหารทางจมูกให้แน่นแล้วดูดดูว่ามีอาหารเหลวมาก่อน (Gastric content) เหลือค้างอยู่หรือไม่ ถ้าดูดไม่ได้ให้ตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าปลายสายให้อาหารทางจมูกยังคงอยู่ในกระเพาะอาหาร แต่ถ้าดูดได้อาหารเหลวมาก่อนเหลือน้อยกว่า 1 ใน 4 สามารถให้อาหารเหลวมือที่นั้นได้ แต่ถ้าเหลือมากกว่า 1 ใน 4 ให้เลื่อนอาหารเหลวมือที่นั้นออกไปอีก 1 ชั่วโมงและถ้ามาตรวจสอบพบว่าอาหารเหลวมือก่อนยังไม่ลดลงให้งดให้อาหารมือที่นั้นและติดตามอาการต่อ นอกจากนั้นหากดูดดูแล้วพบว่าของเหลวมือก่อนมีลักษณะผิดปกติ ได้แก่ มีลักษณะมีเลือดปนหรือมีสีและกลิ่นของของเหลวในกระเพาะอาหารที่ดูดได้ที่ผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ 5) เริ่มให้อาหารโดยใช้ถุงให้อาหารหรือถี syringe ให้อยู่เหนือระดับกระเพาะอาหารเล็กน้อยเพื่อให้อัตราความเร็วของอาหารเหลวที่ได้รับเหมาะสม ไม่เร็วหรือช้าจนเกินไป ประมาณ 60-80 หยด/นาที 6) เมื่ออาหารผสมหมดให้เติมน้ำตามแผนการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่จะเติมน้ำ 50 ml หากไม่ได้จำกัดน้ำหรือต้องการให้น้ำมากกว่าปกติเพื่อป้องกันอาหารและยาตกค้างในสายและจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมต่อไปอีก ประมาณ 30 - 60 นาที เพื่อป้องกันอาการสำลักหรือขย้อนเพื่อจะได้หยุดให้ทันและมีเวลาในการเฝ้าดูการรับอาหารของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ โดยให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการปฏิบัติทักษะการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกตามแนวทางในขั้นวางแผนการปฏิบัติ

กิจกรรม ได้แก่ ให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกตามที่ผู้วิจัยได้สอนแนะและสาธิตแก่ผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลลองปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลสาธิตวิธีปฏิบัติการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกให้ดูอีกครั้ง เพื่อการเป็นการสาธิตย้อนกลับ

สื่อการสอน ได้แก่ สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก อุปกรณ์ในการอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ประกอบด้วยอาหารผสม ถูสำหรับใส่อาหารและชุดควบคุมอัตราการไหลน้ำดื่ม ยา กระบอกลดขนาด 50 ml. และหูฟัง

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับ เกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกของผู้ดูแล เพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสามารถตอบข้อซักถาม อธิบายขั้นตอนและสาธิตวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้ตามที่สอนแนะไปได้ถูกต้อง ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและคำชมเชย แต่หากผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะสาธิตซ้ำและสอนแนะให้แก่ผู้ดูแลจนสามารถปฏิบัติการให้อาหารทางสายให้อาหารตามขั้นตอนที่ได้สอนแนะได้ถูกต้อง

4) การดูแลสายให้อาหารทางจมูก โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมาย ระยะสั้น ภายในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง คือ ผู้ดูแลสามารถอธิบายและแสดงการดูแลสายให้อาหารทางจมูกได้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสายให้อาหารทางจมูกได้ถูกต้อง รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) จุดแข็ง ได้แก่ ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่ดีทำให้เกิดความเข้าใจในการสอนแนะได้รวดเร็วส่งผลให้ปฏิบัติตามคำสอนแนะได้ถูกต้อง มีความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสายให้อาหารทางจมูก และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก 2) จุดอ่อน ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสายให้อาหารทางจมูก ขาดความเอาใจใส่ในการดูแลและไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และ 3) การสำรวจแหล่งประโยชน์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสายให้อาหารทางจมูก มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจทางเลือกจากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนและการสำรวจแหล่งประโยชน์ จากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันค้นหาแนวทางที่จะปฏิบัติในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกเพื่อเป็นแนวทางการดูแลสายให้อาหารทางจมูกที่เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ โดยให้การสอนแนะและสาธิต เกี่ยวกับการดูแลสายให้อาหารทางจมูก มีวิธีการปฏิบัติ คือ 1) ดูแลไม่ให้สายหลุดหรือหักพัง 2) ตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารทางจมูกอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องด้วยการสังเกตตำแหน่งของซีดบนสายยาง การดูอาหารเหลวมือก่อนหรือใช้ลมดันจาก syringe feed ประมาณ 20 ml. แล้วฟังเสียงลมผ่านเข้ากระเพาะอาหาร 3) ดูแลทำความสะอาดสายที่ใส่จากจมูกด้วยการไล่น้ำไม่ให้มีอาหารค้างในสายแล้วปิดจุกสายยาง 4) ระวังระวังไม่ให้สายให้อาหารทางจมูกหลุด ถ้าหลุดต้องแจ้งแพทย์หรือพยาบาล และ 5) สังเกตสายให้อาหารทางจมูก ถ้าเสื่อมสภาพ โดยสังเกตจากลักษณะของสาย หากฉีกขาด หรือ มีน้ำหรือมีเศษอาหารซึมออกมาขณะให้อาหาร หรือพบว่ามีการอุดตันในสายมากหรือสกปรก ควรแจ้งแพทย์ทราบเพื่อเปลี่ยนให้ใหม่

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ โดยให้ผู้ดูแลฝึกทักษะ การดูแลสายให้อาหารทางจมูกตามแนวทางในขั้นวางแผนการปฏิบัติ

กิจกรรม ได้แก่ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการดูแลสายให้อาหารทางจมูกตามที่ผู้วิจัยได้สอนแนะและสาธิตแก่ผู้ดูแลและให้ผู้ดูแลลองปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลสาธิตวิธีการดูแลสายให้อาหารทางจมูกให้ผู้ดูอีกครั้งเพื่อการเป็นการสาธิตย้อนกลับ

สื่อการสอน ได้แก่ สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก อุปกรณ์ในการอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ประกอบด้วยอาหารผสม ถังสำหรับใส่อาหารและชุดควบคุมอัตราการไหลน้ำดื่ม ยา กระบอกฉีดยาขนาด 50 ml. และหูฟัง

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลสายให้อาหารทางจมูก เพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสามารถตอบข้อซักถามและสามารถอธิบายขั้นตอนในการดูแลสายให้อาหารทางจมูกได้ตามที่สอนแนะไปได้ถูกต้อง ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและคำชมเชย แต่หากผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะสาธิตซ้ำและสอนแนะให้แก่ผู้ดูแลจนสามารถดูแลสายให้อาหารทางจมูกตามขั้นตอนที่ได้สอนแนะได้ถูกต้อง

5) การได้รับยาทางสายให้อาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ภายในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง คือ ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาทางสายให้อาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาทางสายให้อาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งวิเคราะห์

ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแลประกอบด้วย 1) จุดแข็ง ได้แก่ ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่ดีทำให้เกิดความเข้าใจในการสอนแนะได้รวดเร็ว มีความสนใจเกี่ยวกับการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูกและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกมาก่อนหน้านี้ 2) จุดอ่อน ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ระดับการศึกษาต่ำ ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาทางสายให้อาหารทางจมูก และ 3) การสำรวจแหล่งประโยชน์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลหรือเภสัชกรเกี่ยวกับวิธีการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูก มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจทางเลือกจากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนและการสำรวจแหล่งประโยชน์ จากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันค้นหาแนวทางที่จะปฏิบัติในการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูก เพื่อเป็นแนวทางการดูแลสายให้อาหารทางจมูกที่เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ โดยมีวิธีการปฏิบัติในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาทางสายให้อาหารทางจมูก ดังนี้ 1) ต้องหยุดให้อาหารทางสายก่อนให้ยาและต้องไม่ผสมยาลงในอาหาร เพราะมีโอกาสที่ยาจะทำปฏิกิริยากับอาหารได้ ทำให้สายอุดตัน ยาถูกดูดซึมน้อยลงหรือการดูดซึมอาหารลดลง 2) ต้องล้างสายให้อาหารทั้งก่อนและหลังให้ยา ด้วยน้ำ 15-30 ml. เพื่อป้องกันปฏิกิริยาระหว่างยาและอาหาร 3) หากให้ยามากกว่า 1 ชนิด ห้ามผสมกันแล้วให้ทีเดียว เพราะยาอาจมีปฏิกิริยาต่อกัน วิธีที่ควรปฏิบัติคือแยกให้ยาทีละชนิด และล้างสายด้วยน้ำ 10 ml. คั่นระหว่างยาแต่ละชนิดเพื่อป้องกันการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา แต่หากผู้ป่วยต้องจำกัดน้ำ ให้พิจารณาการให้ยาด้วยวิธีอื่น เช่น ฉีดยา เหน็บยาทางทวารหนัก เป็นต้น เพื่อให้เหลือจำนวนยาน้อยลงที่จะให้ทางสายให้อาหาร 4) เลือกให้น้ำเป็นลำดับแรกซึ่งอาจต้องระวังในผู้ป่วยที่ต้องจำกัดน้ำเพราะอาจได้ปริมาณน้ำทั้งหมดเกินกว่าที่ผู้ป่วยจะรับได้ 5) ยาเม็ดที่นำมาให้ทางสายให้อาหาร หากไม่มีข้อห้ามการบด ให้นำมาบดเป็นผง แล้วผสมน้ำ 10-15 ml. จากนั้นจึงดูดน้ำที่มียาผสมอยู่นั้นไปให้ทางสายให้อาหาร และ 6) ยาหลายชนิดมีการออกแบบเป็นพิเศษ ซึ่งห้ามหรือไม่ควรนำมาให้ทางสายให้อาหาร ได้แก่ ยาเคลือบเอ็นเทอริก ยาออกฤทธิ์นาน เนื่องจากการบดยาทำให้สูญเสียคุณสมบัติที่ออกแบบไว้

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ โดยให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูกตามแนวทางในขั้นวางแผนการปฏิบัติ

กิจกรรม ได้แก่ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูกตามที่ผู้วิจัยได้สอนแนะและสาธิตแก่ผู้ดูแลและให้ผู้ดูแลลองปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลสาธิตวิธีการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูกให้ผู้อื่นครั้ง เพื่อการเป็นการสาธิตย้อนกลับ

สื่อการสอน ได้แก่ สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก อุปกรณ์ในการอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ประกอบด้วยอาหารผสม ถูสำหรับใส่อาหารและชุดควบคุมอัตราการไหลน้ำดื่ม ยา กระบอกฉีดยาขนาด 50 ml. และหูฟัง

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับ เกี่ยวกับการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูกเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสามารถตอบข้อซักถาม และสามารถอธิบายขั้นตอนในการให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูกได้ตามที่สอนแนะไปได้ถูกต้อง ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและคำชมเชย แต่หากผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะสาธิตซ้ำและสอนแนะให้แก่ผู้ดูแลจนสามารถให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูกตามขั้นตอนที่ได้สอนแนะได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 3 (วันที่ 7 ของโปรแกรมการทดลอง) ให้การสอนแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ประกอบด้วย

6) การดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า โดยขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ภายในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง คือ ผู้ดูแลสามารถอธิบายและแสดงวิธีการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้าได้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับวิธีการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแลประกอบด้วย 1) จุดแข็ง ได้แก่ ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่ดี มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย มีความสนใจในสุขภาพลักษณะอนามัยพื้นฐานของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2) จุดอ่อน ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้และขาดความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย มีรายได้น้อยไม่เพียงพอที่จะจัดอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น ไม่มีอุปกรณ์ชุดทำแผล เครื่องนึ่งปลอดเชื้อ รวมไปถึงเครื่องดูดเสมหะ และไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย 3) การสำรวจแหล่งประโยชน์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจทางเลือก จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนและการสำรวจแหล่งประโยชน์ จากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันค้นหาแนวทางที่จะปฏิบัติในการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า เพื่อเป็นแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ โดยการสอนแนะและสาธิตวิธีการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า โดยมีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้ 1) ทำความสะอาดปากและฟันให้สะอาดด้วยการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันที่อ่อนนุ่มอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกมักจะมีลิ้นเป็นฝ้าขาวจากการมีคราบเมือกไปเกาะ ซึ่งอาจทำให้เป็นเชื้อราได้ 2) ทำความสะอาดบริเวณจมูกและสายให้อาหารทางจมูกเนื่องจากน้ำมูกอุดตันทำให้หายใจไม่สะดวก รวมถึงการดูดเสมหะในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอด้วยเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง นอกจากนี้ยังลดการติดเชื้อและลดอัตราการเกิดโรคปอดอักเสบเนื่องจากสำลักอาหารเข้าทางหลอดลมได้อีกด้วย 3) เปลี่ยนพลาสติกที่ติดสายให้อาหารทางจมูกทุกวัน รวมทั้งดูแลตรวจสอบสายให้อาหาร โดยระวังการกดทับและการกดรั้งของสายให้อาหาร และ 4) ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณใบหน้าและในกรณีที่มีผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาบริเวณนั้นตามคำแนะนำ

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ โดยให้ผู้ดูแลเรียนรู้การทำทำความสะอาดปากและฟัน รวมทั้งผิวหนังบริเวณใบหน้าด้วยตนเอง ตามแนวทางที่ในขั้นวางแผนการปฏิบัติ

กิจกรรม ให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้าตามที่ผู้วิจัยได้สอนแนะและสาธิตแก่ผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลลองฝึกปฏิบัติอีกครั้ง เพื่อเป็นการสาธิตย้อนกลับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

สื่อการสอน สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและอุปกรณ์ในการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้าได้แก่แปรงสีฟันยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก ไม้กดลิ้น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า พลาสติกเป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับ เกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า เพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสามารถตอบข้อซักถามและสามารถอธิบายขั้นตอนในการดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้าได้ตามที่สอนแนะไปได้ถูกต้อง ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและคำชมเชย แต่หากผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะสาธิตซ้ำและสอนแนะให้แก่ผู้ดูแลจนสามารถดูแลทำความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้าตามขั้นตอนที่ได้สอนแนะได้ถูกต้อง

7) การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ภายในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง คือ ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับการสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแลประกอบด้วย 1) จุดแข็ง ได้แก่ ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่ดี มีความสนใจและเอาใจใส่เกี่ยวกับการสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยของผู้ดูแล และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก 2) จุดอ่อน ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ ขาดความสนใจ เอาใจใส่ในความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และ 3) การสำรวจแหล่งประโยชน์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจทางเลือกจากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนและการสำรวจแหล่งประโยชน์ จากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันค้นหาแนวทางที่จะปฏิบัติในการสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนในการสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ 1) ปอดอักเสบจากการสำลักอาหารเนื่องจากปลายสายให้อาหารทางจมูกเลื่อนออกมาอยู่ในหลอดอาหารหรือเข้าไปในหลอดลม 2) อาเจียน ซึ่งมีสาเหตุการเกิดได้หลายสาเหตุ ได้แก่ ปลายสายเลื่อนมาอยู่ในหลอดอาหาร การให้อาหารทางสายเร็วเกินไป มีลมเข้าไปในขณะให้อาหารทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดหรือการจัดท่าไม่เหมาะสม 3) ท้องเสีย ซึ่งมีสาเหตุการเกิดได้หลายสาเหตุ คือ ผู้ป่วยไม่มีน้ำย่อยสำหรับย่อยนม สูตรอาหารมีความเข้มข้นมากเกินไป อาหารบูดหรือมีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียจากการเก็บอาหารเหลวไม่ถูกต้องตามวิธีการและการให้อาหารเหลวในอัตราที่เร็วเกินไป 4) ท้องผูก เนื่องจากอาหารเหลวขาดใยอาหารหรือผู้ป่วยได้รับน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรืออาจเป็นเพราะไม่ได้มีการเคลื่อนไหว ไม่มีแรงเบ่งถ่าย ไม่สามารถบอกความต้องการในการขับถ่ายได้ 5) มีภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน 6) ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุลและขาดวิตามินต่าง ๆ จากสูตรอาหารที่ไม่เหมาะสมทำให้มีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึมลง ชักเกร็งกระดูก เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ โดยให้ผู้ดูแลเรียนรู้การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามแนวทางที่ตกลงร่วมกันไว้ในขั้นวางแผนการปฏิบัติ

กิจกรรม ได้แก่ ให้ผู้ดูแลอธิบายถึงแนวทางในการประเมินและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยการซักถามแล้วให้ผู้ดูแลเสนอแนวทางการแก้ไขเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เช่น ให้ผู้ดูแลอธิบายถึงอาการทางเดินหายใจอุดตันของผู้ป่วยว่ามีสาเหตุเกิด

จากอะไรได้บ้าง มีวิธีการประเมินและแก้ไขอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยจะสามารถประเมินการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นขึ้น ซึ่งถือเป็นการสาธิตย้อนกลับ

สื่อการสอน สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับ เกี่ยวกับการสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสามารถตอบข้อซักถามและสามารถบอกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เกี่ยวกับการสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตามที่สอนแนะไปได้ถูกต้อง ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและคำชมเชย แต่หากผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะทำการสอนแนะจนผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามขั้นตอนที่ได้สอนแนะได้ถูกต้อง

8) การเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ภายในสัปดาห์ที่ 4 ของโปรแกรมการทดลอง คือ ผู้ดูแลสามารถเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคที่ต้องการแก้ไขทั้งภายในและภายนอก การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแลประกอบด้วย 1) จุดแข็ง ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น สามเณรหรือ บิดา/มารดา-บุตร ซึ่งถือเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่ดีและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก 2) จุดอ่อน ได้แก่ ผู้ดูแลขาดความสนใจ เอาใจใส่ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย สภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลและระยะของโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ เป็นต้น และ 3) การสำรวจแหล่งประโยชน์ ได้แก่ ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและบุคคลในครอบครัว การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ ที่เหมาะสม และการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยและมีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 สำรวจทางเลือก จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนและการสำรวจแหล่งประโยชน์ จากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันค้นหาแนวทางที่จะปฏิบัติในการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเป็นแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการปฏิบัติและฝึกทักษะ โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนในการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เกิดความท้อแท้สิ้น

หวัง หมดกำลังใจและรู้สึกว่าคุณเป็นภาระ ด้วยวิธีการใช้กลุ่มเปิดใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของทั้งสองฝ่ายว่าต้องการอะไร โดยมีพยาบาลเข้าไปรับฟังปัญหาและมีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหา รวมถึงการแนะนำเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยเสริมสร้างกำลังใจ ได้แก่ การคิดแง่บวก การค้นหาพลังอำนาจที่จะเป็นแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการมีคุณค่าในตัวเอง ได้แก่ กิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ โดยให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามแนวทางที่ตกลงร่วมกันไว้ในขั้นวางแผนการปฏิบัติ

กิจกรรม ได้แก่ ให้ผู้ดูแลนำวิธีการเสริมสร้างกำลังใจตามที่ได้หาแนวทางร่วมกันไปใช้กับผู้ป่วย เช่น การใช้วิธีการเปิดใจ การคิดแง่บวก หรือการให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เป็นต้นและสังเกตความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสาธิตย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลย้อนกลับ เกี่ยวกับการเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยสามารถบอกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตามที่สอนแนะไปได้ ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและคำชมเชย แต่หากผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจะทำการสอนแนะจนผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามขั้นตอนที่ได้สอนแนะได้ถูกต้อง

ระยะที่อยู่บ้าน ใช้เวลา 60 นาที **ครั้งที่ 4** ติดตามเยี่ยมที่บ้าน (สัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรมการทดลอง) เพื่อประเมินผลและประเมินผลย้อนกลับ ข้อมูลสภาพความเป็นอยู่ สภาพผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล การให้ความรู้และทักษะเพิ่มเติม กิจกรรมดังกล่าวปฏิบัติ โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 6 ขั้นตอน เกี่ยวกับการเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับ วิธีการทำอาหารผสม วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก การดูแลสายให้อาหารทางจมูก การดูแลให้ได้รับยา การดูแลความสะอาดปากและฟันรวมถึงผิวหนังบริเวณใบหน้า การสังเกตอาการและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกและการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ รวมทั้งพูดคุยให้ข้อมูลและดูแลด้านจิตใจ

1.2 แผนการสอนแนะ

ตัวอย่างแผนการสอนแนะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอนแนะ	เวลา	สื่อการสอน	การประเมินผล
1. ผู้ดูแลสามารถเลือกชนิดของอาหารผสมและเข้าใจถึงวิธีการคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์	<p>การเลือกสูตรอาหารนั้นขึ้นอยู่กับความต้องการสารอาหารของผู้ป่วยแต่ละคน</p> <p>-อาหารผสมชนิดทำเอง เป็นอาหารที่เตรียมจากอาหาร 5 หมู่ ปั่นผสมเข้าด้วยกัน ข้อดีคือได้รับคุณค่าทางสารอาหารครบ มีกากใยช่วยในการขับถ่าย แต่มีข้อเสีย คือ จัดเตรียมยากและใช้เวลานาน</p> <p>-อาหารผสมสูตรสำเร็จรูป มีสูตรอาหารมากกว่า 100 ชนิด ข้อดี คือ สามารถจัดเตรียมง่าย ไม่ต้องใช้เวลานาน แต่มีข้อเสีย คือ ได้รับอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ไม่มีกากใยอาจทำให้มีอาการท้องผูกได้ง่าย</p> <p>-การคำนวณพลังงานและปริมาณอาหารที่ได้รับนั้น ได้จากการประเมินภาวะโภชนาการและการกำหนดเป้าหมายที่ทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนและแคลอรีเพียงพอต่อความต้องการ</p>	<p>หาทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลแต่ละราย</p> <p>พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันวางแผนว่าจะทำอะไรก่อนและหลังเกี่ยวกับเรื่องอาหารผสม โดยแจกแจงเป็นข้อย่อย ๆ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกชนิดและวิธีคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน</p> <p>ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการทำอาหารผสมที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากหน่วย โภชนบำบัด</p>	30 นาที	<p>1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก</p> <p>2. ตัวอย่างของอาหารผสมชนิดต่าง ๆ</p> <p>3. ตารางวิธีการคำนวณปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน</p>	<p>ผู้ดูแลสามารถเลือกชนิดและคำนวณปริมาณอาหารที่ได้รับของผู้ป่วยได้ โดยสามารถตอบคำถามได้โดยประเมินจากการสังเกตทักษะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลขณะที่อยู่ ร.พ. และการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 รวมทั้งจากประเมินจากคะแนนในแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะในสัปดาห์ที่ 4</p>

1.3 ตัวอย่างคู่มือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
สำหรับญาติผู้ดูแล



โดย

ร.ท.หญิงณัฐวดี สุขไพเราะ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

อุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก



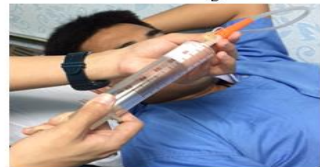
1. อาหารผสม ถ้านำออกจากตู้เย็นควรอุ่นโดยแช่ในอ่างน้ำร้อนให้มีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้องหรืออุณหภูมิร่างกาย
2. ถุงสำหรับใส่อาหารและชุดควบคุมอัตราการไหล
3. น้ำต้ม
4. ยา (โดยให้ยำนํ้าก่อนยาเม็ดที่บดละเอียด)
5. กระบอกรับยาขนาด 50 ml.

การตรวจสอบตำแหน่งสายให้อาหารทางจมูก

ต้องทดสอบทุกครั้งก่อนให้อาหาร ถ้าปลายสายขึ้นมาอยู่ที่หลอดอาหารจะทำให้อาเจียนหรือสำลักได้ง่าย เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจโดยทดสอบด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้



1. ดึงลูกสูบของกระบอกฉีดยาขึ้น หากดูดได้น้ำย่อยหรืออาหารเก่าออกมาแสดงว่าสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหาร



2. หากทดสอบแล้ว พบว่ามีอาหารเหลือค้างมากกว่า 50 ml. ให้เลื่อนเวลาให้อาหารออกไป หลังจากนั้น อีก ชั่วโมงต่อมา ให้ดูดซ้ำอีกครั้ง ถ้าพบว่ามีน้ำเหลืออยู่น้อยก็สามารถเริ่มให้อาหารมือนั้นได้หากพบว่ามีเท่าเดิมให้งดอาหารมือนั้น

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน หรือเติม

ข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพ โสด คู่ ม่าย หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษา
 ระดับมัธยมศึกษา ระดับอาชีวศึกษา
 ระดับปริญญาตรี ระดับสูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ รับจ้าง รับราชการ
 ค้าขาย รัฐวิสาหกิจ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้โดยรวมของครอบครัว เพียงพอและมีเหลือเก็บ
 เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ
 ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้
 ไม่พอใช้และมีหนี้
7. สิ่ง que ผู้ป่วยชอบและผูกพัน.....
8. บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดและคุ้นเคยมากที่สุด.....
9. ชนิดของอาหารผสมที่ผู้ป่วยได้รับทางสายให้อาหารทางจมูก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 อาหารปั่นผสมชนิดทำขึ้นเอง
 อาหารปั่นผสมสำเร็จรูป
 Blenders diet
 Blenderized diet
 อื่นๆ (ระบุ).....

สำหรับผู้วิจัยกรอกข้อมูล

การวินิจฉัยโรค.....

ระยะของโรค.....

ชนิดของการรักษา.....

น้ำหนักวันแรก que เริ่มทำการศึกษา.....และน้ำหนักวันสิ้นสุดการศึกษา.....

ส่วนสูง.....ค่าดัชนีมวลกาย=

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย / ลงในหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพ โสด คู่ ม่าย หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษา
 ระดับมัธยมศึกษา ระดับอาชีวศึกษา
 ระดับปริญญาตรี ระดับสูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ รับจ้าง รับราชการ
 ค้าขาย รัฐวิสาหกิจ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่นๆ (ระบุ)
6. รายได้ต่อเดือน.....ต่อเดือน
7. รายได้โดยรวมของครอบครัว เพียงพอและมีเหลือเก็บ
 เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ
 ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้
 ไม่พอใช้และมีหนี้
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภรรยา สามี บุตร บิดา-มารดา
 อื่น ๆ (ระบุ)
9. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
 มี จำนวน.....เดือน
 ไม่มี
10. แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพ
 มี โรงพยาบาลใกล้บ้าน (ระบุ).....
 ศูนย์บริการสุขภาพ/ ศูนย์บริการสาธารณสุข
 อื่นๆ (ระบุ).....
 ไม่มี

สำหรับผู้วิจัยกรอกข้อมูล

ประเภทของผู้ดูแล

- ผู้ดูแลหลัก.....
- ผู้ดูแลรอง.....

1.3 ตัวอย่างแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เมื่อท่านอ่านข้อความแล้วให้พิจารณาว่า ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในเรื่องนั้น ๆ ได้บ่อยครั้งเพียงใด จากนั้นให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด และตอบคำถามให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นได้เลย
 ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 7 วันต่อสัปดาห์

กิจกรรมการดูแล	ระดับความถี่ในการปฏิบัติ				
	ไม่เคยปฏิบัติ	น้อยครั้ง 1-2วัน/ สัปดาห์	บางครั้ง 3-4วัน/ สัปดาห์	บ่อยครั้ง 5-6วัน/ สัปดาห์	ทุกครั้ง 7วัน/ สัปดาห์
	1	2	3	4	5
ความสามารถในการเตรียมให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก					
1.ท่านคำนวณปริมาณอาหารผสมที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับในแต่ละมื้อต่อวันได้					
2.ท่านจัดอาหารทางสายให้ผู้ป่วยได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่					
3.ท่านดูแลให้น้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายผู้ป่วยในแต่ละวัน					
4.ท่านทำอาหารผสมโดยคำนึงถึงความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อและท้องเสีย					
5.ท่านทำอาหารผสมด้วยตนเองทุกมื้อ					
6.ท่านเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก					
7.ท่านบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าจะมาให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก					
8.ท่านจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูงหรือนั่งก่อนได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก					

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ ตัวอย่างแบบวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้ว กรุณาแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความรูสึกของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ต้องการและตอบคำถามให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ท่านไม่มีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยฯ
- 2 คะแนน หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยฯในระดับน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยฯในระดับปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยฯในระดับมาก
- 5 คะแนน หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยฯในระดับมากที่สุด

กิจกรรมการดูแล	ระดับความมั่นใจของท่าน				
	1	2	3	4	5
ความเชื่อมั่นในการเตรียมให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก					
1.ท่านมั่นใจว่าท่านเลือกชนิดอาหารผสมที่ให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม					
2.ท่านมั่นใจว่าท่านคำนวณปริมาณอาหารผสมที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละมื้อต่อวันได้ถูกต้อง					
3.ท่านมั่นใจว่าท่านเตรียมอุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกได้ครบถ้วนพร้อมใช้งาน					
4.ท่านมั่นใจว่าท่านได้ทำการจัดทำที่เหมาะสมก่อนให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูกแก่ผู้ป่วย					
5.ท่านมั่นใจว่าท่านล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้อาหารทางสายให้อาหารทางจมูก					
6.ท่านมั่นใจว่าท่านตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารทางจมูกทุกครั้งก่อนให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง					
7.ท่านมั่นใจว่าท่านตรวจสอบอาหารที่เหลือค้างอยู่ได้					



ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิ่งผู้ป่วยชอบและผูกพัน บุคคลที่ใกล้ชิด ชนิดอาหารผสม(n=60คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		รวม (n=60)	
		จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	23	76.7	24	80.0	47	78.3
	หญิง	7	23.3	6	20.0	13	21.7
อายุ	20-29	1	3.3	2	6.7	3	5.0
	30-39	3	10.0	2	6.7	5	8.3
	40-49	5	16.7	6	20.0	11	18.3
	50-59	12	40.0	11	36.7	23	38.3
	60-65	9	30.0	9	30.0	18	30.0
			กลุ่มทดลอง Mean= 53.17, Minimum= 21, Maximum= 65, SD= 10.58 กลุ่มควบคุม Mean= 51.77, Minimum= 20, Maximum= 65, SD= 10.81				
สถานภาพ							
	โสด	2	6.7	7	23.3	9	15.0
	สมรส	22	73.3	21	70.0	43	71.7
	ม่าย	4	13.3	2	6.7	6	10.0
	หย่า	2	6.7	-	-	2	3.3
ระดับการศึกษา							
	ไม่ได้เรียน	1	3.3	3	10.0	4	6.7
	ประถมศึกษา	10	33.3	8	26.7	18	30.0
	มัธยมศึกษา	12	40.0	6	20.0	18	30.0
	อาชีวศึกษา	4	13.3	6	20.0	10	16.7
	ปริญญาตรี	3	10.0	6	20.0	9	15.0
	สูงกว่า ป.ตรี	-	-	1	3.3	1	1.7
อาชีพ							
	รับจ้าง	6	20.0	13	43.3	19	31.7
	รับราชการ	7	23.3	3	10.0	10	16.7
	ค้าขาย	5	16.7	2	6.7	7	11.7
	รัฐวิสาหกิจ	2	6.7	1	3.3	3	5.0
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	26.7	9	30.0	17	28.3
	อื่น ๆ	2	6.7	2	6.7	4	6.7

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิ่งที่ผู้ป่วยชอบ/ผูกพัน บุคคลที่ใกล้ชิดและชนิดอาหารผสม (n=60คน)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		รวม (n=60)		
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
รายได้							
เพียงพอมือเหลือเก็บ	10	33.3	6	20.0	16	26.7	
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	12	40.0	12	40.0	24	40.0	
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้	5	16.7	10	33.3	15	25.0	
ไม่เพียงพอ มีหนี้	3	10.0	2	6.7	5	8.3	
สิ่งผู้ป่วยที่ชอบและผูกพัน							
บุคคล	สามี/ภรรยา	4	13.3	1	3.3	5	8.3
	บุตร	4	13.3	5	16.7	9	15.0
	หลาน	1	3.3	1	3.3	2	3.3
	สัตว์เลี้ยง	3	10.0	6	20.0	9	15.0
	สิ่งของ	6	20.0	4	13.3	10	16.7
	สถานที่	8	26.7	8	26.7	16	26.7
	กิจกรรม	4	13.3	5	16.7	9	15.0
บุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย							
	บิดา-มารดา	2	6.7	-	-	2	3.3
	สามี	-	-	1	3.3	1	1.7
	ภรรยา	16	53.3	10	33.3	26	43.3
	บุตร	9	30.0	13	43.3	22	36.7
	หลาน	1	3.3	-	-	1	1.7
	ญาติ	2	6.7	6	20.0	8	13.3
ชนิดของอาหารผสม							
	แบบทำเอง	6	20.0	6	20.0	12	20.0
	blendera diet	6	20.0	9	30.0	15	25.0
	blenderized diet	10	33.3	12	40.0	22	36.7
	รูปแบบอื่นๆ	3	10.0	1	3.3	4	6.7
	แบบทำเองและแบบสำเร็จรูป	5	16.7	2	6.7	7	11.7

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 78.3 อายุ 50-59 คิดเป็นร้อยละ 38.3 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71.7 ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 30 อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 31.7 รายได้เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 40 บ้านคือสิ่งที่ชอบและผูกพัน คิดเป็นร้อยละ 26.7 บุคคลใกล้ชิดคือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 43.3 และรับประทานอาหารผสมแบบสำเร็จรูปเป็น blenderized diet มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย(n=60คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการวิจัย						
<18.50 = น้ำหนักน้อย	15	50	13	43.3	28	46.6
18.50-22.99=น้ำหนักปกติ	4	13.3	7	23.3	11	18.3
23.00-24.99=น้ำหนักเกิน	3	10.0	3	10.0	6	10.0
25.00-29.99=โรคอ้วนระดับ1	5	16.7	6	20.0	11	18.3
>30.00=โรคอ้วนระดับ2	3	10.0	1	3.3	4	6.7
กลุ่มทดลอง Mean = 20.98, Minimum = 13.27, Maximum = 34.67, SD = 5.82						
กลุ่มควบคุม Mean= 20.81, Minimum= 12.00, Maximum= 33.22, SD= 4.84						
ค่าดัชนีมวลกายภายหลังการวิจัย						
<18.50 = น้ำหนักน้อย	14	46.6	13	43.3	27	45.0
18.50-22.99=น้ำหนักปกติ	6	20.0	8	26.7	12	20.0
23.00-24.99=น้ำหนักเกิน	2	6.7	4	13.3	6	10.0
25.00-29.99=โรคอ้วนระดับ1	6	20.0	2	6.7	8	13.3
>30.00=โรคอ้วนระดับ2	7	23.3	3	10.0	10	16.7
กลุ่มทดลอง Mean = 20.50, Minimum = 13.06, Maximum = 33.33, SD = 5.59						
กลุ่มควบคุม Mean= 19.96, Minimum= 12.00, Maximum= 31.14, SD= 4.72						

จากตาราง พบว่า ค่าดัชนีมวลกายก่อนการวิจัย <18.50 = น้ำหนักน้อย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.6 และค่าดัชนีมวลกายภายหลังการวิจัย <18.50 = น้ำหนักน้อย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยรวม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ประเภทผู้ดูแล (n=60คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		รวม (n=60)	
		จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	3	10.0	3	10.0	6	10.0
	หญิง	27	90.0	27	90.0	54	90.0
อายุ	20-29	5	16.7	4	13.3	9	15.0
	30-39	8	26.7	8	26.7	16	26.7
	40-49	10	33.3	12	40.0	22	36.7
	50-59	7	23.3	6	20.0	13	21.6
กลุ่มทดลอง Mean = 41.67, Minimum = 22, Maximum = 59, SD = 11.03 กลุ่มควบคุม Mean = 41.07, Minimum = 20, Maximum = 59, SD = 10.147							
สถานภาพ							
	โสด	8	26.7	12	40.0	20	33.3
	สมรส	18	60.0	18	60.0	36	60.0
	ม่าย	1	3.3			1	1.7
	หย่า	2	6.7			2	3.3
	แยกกันอยู่	1	3.3			1	1.7
ระดับการศึกษา							
	ไม่ได้เรียน			1	3.3	1	1.7
	ประถมศึกษา	4	13.3	2	6.7	6	10.0
	มัธยมศึกษา	8	26.7	8	26.7	16	26.7
	อาชีวศึกษา	4	13.3	6	20.0	10	16.7
	ปริญญาตรี	13	43.3	11	36.7	24	40.0
	สูงกว่า ป.ตรี	1	3.3	2	6.7	3	5.0
อาชีพ							
	รับจ้าง	11	36.7	13	43.3	24	40.0
	รับราชการ	5	16.7	4	13.3	9	15.0
	ค้าขาย	3	10.0	8	26.7	11	18.3
	รัฐวิสาหกิจ			3	10.0	3	5.0
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	23.3	2	6.7	9	15.0
	อื่น ๆ	4	13.3			4	6.7

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยรวม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ประเภทผู้ดูแล (n=60คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายได้โดยรวม						
≤ 9,999	12	40.0	6	20.0	18	30.0
10,000-19,999	9	30.0	3	10.0	12	20.0
20,000-29,999	3	10.0	10	33.3	13	21.7
30,000 ขึ้นไป	6	20.0	11	36.7	17	28.3
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
ภรรยา	12	40.0	12	40.0	25	41.7
บุตร	12	40.0	11	36.7	22	36.7
บิดา-มารดา	1	3.3			1	1.7
อื่น ๆ	5	16.7	7	23.3	12	20.0
ประสบการณ์การดูแล						
ไม่มีประสบการณ์การดูแล	22	73.3	26	86.7	48	80.0
1 วัน – 1 เดือน	8	26.7	4	13.3	12	20.0
แหล่งสนับสนุนทางสังคม						
โรงพยาบาลใกล้บ้าน	14	46.7	13	43.3	27	45.0
ศูนย์บริการสุขภาพ/ศูนย์อนามัย	5	16.7	5	16.7	10	16.7
ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม	11	36.7	12	40.0	23	38.3
ประเภทผู้ดูแล						
ผู้ดูแลหลัก	25	83.3	25	83.3	50	83.3
เป็นทั้งผู้ดูแลหลัก/ผู้ดูแลรอง	5	16.7	5	16.7	10	16.7

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60 ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 40 รายได้ 0-9,999 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 30 เกี่ยวข้องเป็นภรรยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยคิดเป็น ร้อยละ 80 มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ คือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 45 และส่วนมากเป็นผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 83.3

ตารางที่ 16 แสดงคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

Paired Samples Statistics

คะแนนความสามารถในการดูแล		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
ก่อนให้	ก่อนได้รับโปรแกรม	34.30	30	8.371	1.528
อาหาร	ภายหลังได้รับโปรแกรม	51.93	30	5.232	.95524
ขณะให้	ก่อนได้รับโปรแกรม	22.17	30	6.309	1.152
อาหาร	ภายหลังได้รับโปรแกรม	35.60	30	2.415	.44100
หลังให้	ก่อนได้รับโปรแกรม	28.13	30	5.457	.996
อาหาร	ภายหลังได้รับโปรแกรม	42.66	30	3.933	.71813
ด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรม	9.87	30	2.315	.423
จิตใจ	ภายหลังได้รับโปรแกรม	13.50	30	1.717	.313
คะแนน	ก่อนได้รับโปรแกรม	94.47	30	15.954	2.913
รวม	ภายหลังได้รับโปรแกรม	143.70	30	10.567	1.929



		Paired Samples Test								
		Paired Differences								
คะแนน	ความสามารถในการดูแล	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2 tailed)	
					Lower	Upper				
ก่อนให้	ก่อน - หลัง									
อาหาร	ได้รับโปรแกรม	-17.63	7.92414	1.44674	-20.59	-14.67	-12.188	29	.000	
ขณะให้	ก่อน - หลัง									
อาหาร	ได้รับโปรแกรม	-13.43	6.46840	1.18096	-15.84	-11.01	-11.375	29	.000	
หลังให้	ก่อน - หลัง									
อาหาร	ได้รับโปรแกรม	-14.53	6.04428	1.10353	-16.79	-12.27	-13.170	29	.000	
ด้าน	ก่อน - หลัง									
จิตใจ	ได้รับโปรแกรม	-3.63	2.428	.443	-4.54	-2.72	-8.196	29	.000	
คะแนน	ก่อน - หลัง									
รวม	ได้รับโปรแกรม	-49.23	16.362	2.987	-55.34	-43.12	-16.481	29	.000	

ตารางที่ 17 แสดงคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ก่อนและภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

Paired Samples Statistics					
คะแนนความสามารถในการดูแล		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
ก่อนให้	ก่อนได้รับการพยาบาล	32.70	30	6.171	1.127
อาหาร	ภายหลังได้รับการพยาบาล	45.56	30	6.22943	1.13733
ขณะให้	ก่อนได้รับการพยาบาล	23.57	30	4.408	.805
อาหาร	ภายหลังได้รับการพยาบาล	30.26	30	4.84898	.88530
หลังให้	ก่อนได้รับการพยาบาล	27.73	30	4.792	.875
อาหาร	ภายหลังได้รับการพยาบาล	36.70	30	5.52206	1.00818
ด้าน	ก่อนได้รับการพยาบาล	10.10	30	1.900	.347
จิตใจ	ภายหลังได้รับการพยาบาล	11.83	30	2.052	.375
คะแนน	ก่อนได้รับการพยาบาล	94.10	30	14.464	2.641
รวม	ภายหลังได้รับการพยาบาล	124.37	30	16.569	3.025

Paired Samples Test									
		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
คะแนน	ความสามารถในการดูแล	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
ก่อนให้	ก่อน - หลังได้รับการพยาบาล	-12.87	7.56003	1.38027	-15.69	-10.04	-9.322	29	.000
อาหาร	ก่อน - หลังได้รับการพยาบาล	-6.70	5.93151	1.08294	-8.91	-4.48	-6.187	29	.000
หลังให้	ก่อน - หลังได้รับการพยาบาล	-8.97	7.15582	1.30647	-11.64	-6.29	-6.863	29	.000
ด้าน	ก่อน - หลังได้รับการพยาบาล	-1.73	2.406	.439	-2.63	-.83	-3.946	29	.000
จิตใจ	ก่อน - หลังได้รับการพยาบาล	-1.73	2.406	.439	-2.63	-.83	-3.946	29	.000
คะแนน	ก่อน - หลังได้รับการพยาบาล	-30.27	20.359	3.717	-37.87	-22.66	-8.143	29	.000
รวม	ก่อน - หลังได้รับการพยาบาล	-30.27	20.359	3.717	-37.87	-22.66	-8.143	29	.000

ตารางที่ 18 แสดงคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Group Statistics						
คะแนนความสามารถในการดูแล	กลุ่ม	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
ก่อนการทดลอง	ก่อนให้อาหารทางสายให้อาหาร	กลุ่มทดลอง	30	34.30	8.371	1.528
		กลุ่มควบคุม	30	32.70	6.171	1.127
	ขณะให้อาหารทางสายให้อาหาร	กลุ่มทดลอง	30	22.17	6.309	1.152
		กลุ่มควบคุม	30	23.57	4.408	.805
	หลังให้อาหารทางสายให้อาหาร	กลุ่มทดลอง	30	28.13	5.457	.996
		กลุ่มควบคุม	30	27.73	4.792	.875
	ด้านจิตใจ	กลุ่มทดลอง	30	9.87	2.315	.423
		กลุ่มควบคุม	30	10.10	1.900	.347
	คะแนนรวม	กลุ่มทดลอง	30	94.47	15.954	2.913
		กลุ่มควบคุม	30	94.10	14.464	2.641
ภายหลังการทดลอง	ก่อนให้อาหารทางสายให้อาหาร	กลุ่มทดลอง	30	51.93	5.232	.955
		กลุ่มควบคุม	30	45.57	6.229	1.137
	ขณะให้อาหารทางสายให้อาหาร	กลุ่มทดลอง	30	35.60	2.415	.441
		กลุ่มควบคุม	30	30.27	4.849	.885
	หลังให้อาหารทางสายให้อาหาร	กลุ่มทดลอง	30	42.67	3.933	.718
		กลุ่มควบคุม	30	36.70	5.522	1.008
	ด้านจิตใจ	กลุ่มทดลอง	30	13.50	1.717	.313
		กลุ่มควบคุม	30	11.83	2.052	.375
	คะแนนรวม	กลุ่มทดลอง	30	143.70	10.567	1.929
		กลุ่มควบคุม	30	124.37	16.569	3.025

Independent Samples Test

คะแนนความสามารถ ในการดูแล		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differ ence	Std. Error Differ ence	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper	
ก่อนให้ อาหาร	assumed	2.596	.113	.843	58	.403	1.600	1.899	-2.201	5.401
	not assumed			.843	53.332	.403	1.600	1.899	-2.208	5.408
ก่อน การ ทดลอง	assumed	.783	.380	-.996	58	.323	-1.400	1.405	-4.213	1.413
	not assumed			-.996	51.863	.324	-1.400	1.405	-4.220	1.420
หลังให้ อาหาร	assumed	.089	.766	.302	58	.764	.400	1.326	-2.254	3.054
	not assumed			.302	57.048	.764	.400	1.326	-2.255	3.055
ด้าน จิตใจ	assumed	.502	.481	-.427	58	.671	-.233	.547	-1.328	.861
	not assumed			-.427	55.873	.671	-.233	.547	-1.329	.862
คะแนน รวม	assumed	.322	.573	.093	58	.926	.367	3.932	-7.503	8.237
	not assumed			.093	57.451	.926	.367	3.932	-7.505	8.238

Independent Samples Test

คะแนนความสามารถ ในการดูแล		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differ ence	Std. Error Differ ence	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper	
ก่อนให้ อาหาร	assumed	1.367	.247	4.287	58	.000	6.367	1.485	3.394	9.340
	not assumed			4.287	56.320	.000	6.367	1.485	3.392	9.342
ขณะให้ อาหาร	assumed	14.958	.000	5.392	58	.000	5.333	.989	3.354	7.313
	not assumed			5.392	42.557	.000	5.333	.989	3.338	7.329
ภายหลัง การ ทดลอง	assumed	1.903	.173	4.820	58	.000	5.967	1.238	3.489	8.444
	not assumed			4.820	52.403	.000	5.967	1.238	3.483	8.450
ด้าน จิตใจ	assumed	1.362	.248	3.411	58	.001	1.667	.489	.689	2.645
	not assumed			3.411	56.247	.001	1.667	.489	.688	2.645
คะแนน รวม	assumed	5.432	.023	5.389	58	.000	19.333	3.588	12.1 51	26.5 15
	not assumed			5.389	49.243	.000	19.333	3.588	12.1 24	26.5 43

ตารางที่ 19 แสดงคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2

ลำดับที่	ครั้งที่ 1	ค่าเฉลี่ย	คิดเป็นร้อยละ	ครั้งที่ 2	ค่าเฉลี่ย	คิดเป็นร้อยละ
1	80	4.00	84.21	83	4.15	87.37
2	76	3.80	80.00	92	4.60	96.84
3	79	3.95	83.16	81	4.05	85.26
4	76	3.80	80.00	77	3.85	81.05
5	77	3.85	81.05	84	4.20	88.42
6	78	3.90	82.11	80	4.00	84.21
7	80	4.00	84.21	81	4.05	85.26
8	74	3.70	77.89	80	4.00	84.21
9	73	3.65	76.84	82	4.10	86.32
10	76	3.80	80.00	84	4.20	88.42
11	78	3.90	82.11	81	4.05	85.26
12	73	3.65	76.84	79	3.95	83.16
13	78	3.90	82.11	82	4.10	86.32
14	75	3.75	78.95	83	4.15	87.37
15	68	3.40	71.58	87	4.35	91.58
16	81	4.05	85.26	82	4.10	86.32
17	86	4.30	90.53	89	4.45	93.68
18	75	3.75	78.95	80	4.00	84.21
19	76	3.80	80.00	93	4.65	97.89
20	78	3.90	82.11	82	4.10	86.32
21	82	4.10	86.32	90	4.50	94.74
22	79	3.95	83.16	83	4.15	87.37
23	80	4.00	84.21	86	4.30	90.53
24	83	4.15	87.37	84	4.20	88.42
25	78	3.90	82.11	83	4.15	87.37
26	77	3.85	81.05	84	4.20	88.42
27	77	3.85	81.05	85	4.25	89.47
28	76	3.80	80.00	92	4.60	96.84
29	78	3.90	82.11	83	4.15	87.37
30	80	4.00	84.21	83	4.15	87.37

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรืออากาศโทหญิงณัฐวดี สุขไพเราะ เกิดเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ.2530 ที่โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2552 เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งนายทหารพยาบาล หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิกกรรม แผนกพยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

