

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมโทรเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ที่มีภาวะ วิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

ศุภาวุธ นันทิกิตติราษฎร์*, ศิริวรรณ วงศ์ประกรณ์กุล**, รัชนีญากรณ์ แซ่ลี*,
พิสมัย คุณาวัดน์* และชัชชชา สีสักผ่อง***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในปี พ.ศ. 2565 มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เฉลี่ยร้อยละ 38.23 หลังให้คำปรึกษาจะติดตามประเมินและให้คำปรึกษาอีกครั้งในนัด ถัดไป ซึ่งมีความล่าช้าในการจัดการ ประกอบกับโรงพยาบาลได้พัฒนา Telemedicine ซึ่งมีประสิทธิภาพ ในการให้บริการ แต่ยังไม่เคยนำมาใช้ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จึงนำมาใช้ให้ คำปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรมโทรเวช และ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความวิตกกังวล ซึมเศร้า และค่าคะแนนความพึงพอใจ ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รูปแบบการศึกษา Quasi-experimental Research Design กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่มีภาวะวิตกกังวล หรือซึมเศร้า ในงานการพยาบาลส่งเสริม คุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่าง 13 มีนาคม – 1 พฤษภาคม 2567 โดยใช้ โปรแกรมการ ให้คำปรึกษา (กรมสุขภาพจิต) โปรแกรมโทรเวชกรรม ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลและ อาการซึมเศร้า (Thai HADS) และแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งมี ค่า CVI เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ผลโดย การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Chi-square test วิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจ ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความพึงพอใจ ระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้ independent t-test ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ผลค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่ แตกต่างกัน ($p=0.538$, $p=0.864$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.89 ± 0.32 และ 4.54 ± 0.21 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยสรุปโปรแกรมโทรเวชของโรงพยาบาลมะเร็ง อุดรธานี สามารถนำมาใช้ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลหรือ ภาวะซึมเศร้าได้ และให้ผลไม่ แตกต่างจากการให้คำปรึกษาแบบปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังพึงพอใจในประสิทธิภาพด้านการประหยัดเวลา และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ และเพื่อการบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีแผนพัฒนาการแก้ไข ปัญหาการขัดข้องทางเทคนิค และปรับปรุงระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : โทรเวชกรรม, ภาวะวิตกกังวลและความซึมเศร้า, แบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการ ซึมเศร้า

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

** ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, Email: siriwan.won@neu.ac.th

*** ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

Effectiveness of a telehealth program to follow up on patients with advanced cancer. who have anxiety or depression in Udonthani Cancer Hospital.

Kathawoot Nunrikittirasd*, Siriwan Wongprakornkul**, Pissamai Kunawat*,
Rattiyakorn Saelee*, Chatchasa Seepakphong***

Abstract

Advance stage cancer patients in palliative care in 2022 expressed anxiety and depression symptoms, with an average prevalence of 38.23%. After initial counseling, subsequent appointment for evaluations and counseling may be delay, the hospital has developed Telemedicine that demonstrating effectiveness in service; however, its application in providing counseling for patients with mental health issues has not been explored. This study aims to assess the effectiveness of utilizing the telehealth program in comparison on anxiety, depression, and satisfaction scores between the experimental and control groups. Employing a quasi-experimental research design, palliative cancer patients experiencing anxiety or depression received counseling sessions from the Department of Mental Health between March 13 and May 1, 2024, via the Telemedicine Program. Evaluation utilized the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) and a Satisfaction Questionnaire, exhibiting a content validity index (CVI) value of 0.93. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, and statistical tests including the Chi-square test, and independent t-test. The results of the comparison of the differences in general data between the two groups were mostly not different. The results of the mean scores of anxiety and depression showed that the two groups were not different ($p=0.538$, $p=0.864$). The mean satisfaction scores of the control group and the experimental group were 3.89 ± 0.32 and 4.54 ± 0.21 , respectively. When comparing the mean satisfaction scores, it was found that there was a statistically significant difference ($p<0.001$). In conclusion, the telemedicine program of Udonthani Cancer Hospital can be used to provide consultation to patients with anxiety or depression, and the results are no different from those of regular consultation. In addition, patients are satisfied with the efficiency in saving time and reducing travel costs. In order to provide more efficient services, there should be a development plan to solve technical problems and improve the internet signal system.

Keywords: Telemedicine, anxiety and depression, Thai-HADS,

* Registered Nurse Udonthani Cancer Hospital

** Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Northeastern University, Email: siriwan.won@neu.ac.th

*** Nursing Assistant Udonthani Cancer Hospital

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานไว้ว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งในปี 2566 เฉลี่ยประมาณ 80,000 ราย/ปี ผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากจึงมีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ จำนวน 1,129,404 ราย เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 4.35 ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2565) มีการศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล สามารถพบได้ในทุกวัย ส่วนใหญ่จะมีอาการในเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ ในส่วนผู้สูงอายุพบความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 19 และยังสามารถพบร่วมกับอาการซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 40 อาการซึมเศร้าพบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริบาลคนชรา อารมณ์ซึมเศร้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นสูงมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ขาดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ และเครียดตลอดเวลา หากเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงจะพบมากที่สุด (กุสลาภรณ์ ชัยอุดมสม, 2559) การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายพบภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามักราวร้อยละ 50 และการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (Holland & Alici, 2010) ผู้ให้บริการด้านการแพทย์จะต้องตระหนัก รวมถึงการประเมินและให้การดูแลอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก 35% ของผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จะแสดงอาการของ ความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรง เช่น ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และการกลัวความตาย ณ เวลาใดเวลาหนึ่งระหว่างการเจ็บป่วย (Chambers et al., 2012)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Terminal stage) หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะลุกลามจนรักษาไม่หายขาด และแพทย์ให้การรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพียงเพื่อประคับประคองอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับ กาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลหลังความตาย (bereavement care) (WHO, 2002)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือระยะประคับประคอง (Palliative care) ว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยในระยะสุดท้ายของโรค รวมทั้งดูแลครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ เน้นการดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ กาย จิต สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Bruera et al., 2021)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่เผชิญหน้ากับความตาย นอกจากจะมีปัญหาด้านร่างกายแล้ว มักมีปัญหาด้านจิตใจด้วย มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นภาวะบีบคั้นด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะคุกคาม เป็นอันตราย จึงไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ผู้ป่วยอาจจะแสดงออกถึงภาวะบีบคั้นด้านจิตใจในลักษณะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว รู้สึกไม่แน่นอน และรู้สึกหมดยกกำลังใจ (Thasaneesuan & Nilmanat, 2019) ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual suffering) พบว่าปฏิกิริยาด้านจิตใจต่อการสูญเสียหรือกำลังเผชิญความตาย พบว่าปฏิกิริยาต่าง ๆ แบ่งเป็น 5 ระยะได้แก่ ระยะปฏิเสธ (Denial), ระยะโกรธ (Anger), ระยะต่อรอง (Bargaining), ระยะซึมเศร้า (Depression), และระยะยอมรับ (Acceptance) ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือไม่เรียงตามลำดับสามารถสลับไปสลับมาได้ ในผู้ที่ยังไม่สามารถยอมรับได้ (Elisabeth Kubler-Ross, 1974) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ ซึ่งกล่าวว่าภาวะวิตกกังวลเป็นเหมือนศูนย์กลางการพัฒนาศักยภาพ เนื่องจากภาวะวิตกกังวลเป็น

ประสบการณ์ส่วนบุคคล มีการแสดงออกในลักษณะอาการใจสั่น ตึงเครียด วุ่นวาย อยู่ไม่เป็นสุขที่เกิดจากแรงกระตุ้นภายใน Id ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของ Superego จึงทำให้เกิดปฏิกิริยา "สู้หรือหนี" เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ (Anna Freud, 1993) และฟรอยด์ได้แบ่งภาวะวิตกกังวลเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ วิตกกังวลตามความจริง (reality) คือ ความกังวลที่เกี่ยวข้องกับโลกภายนอกตามความเป็นจริง และ วิตกกังวลแบบโรคประสาท (neurotic) คือ ความกังวลที่เกิดจากแรงขับที่คุกคามเกี่ยวกับพฤติกรรม และการถูกลงโทษ มีจิตแพทย์เชื่อในแนวเดียวกับฟรอยด์ และได้อธิบายเพิ่มว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ก่อความรู้สึกถูกคุกคามศักดิ์ศรีของตน ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล (Harry Stack Sullivan, 1953) อาการซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นแล้วรักษาได้ ในคนที่เผชิญกับอาการซึมเศร้าจะมีการหลีกเลี่ยงในการพูดถึงอาการหรืออาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่ เนื่องจากมองว่าเป็นความอ่อนแอ น่าอาย อาการซึมเศร้าอาจเกิดได้จากความผิดหวัง การสูญเสียในทุกเรื่อง เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ในคนที่มีอาการซึมเศร้านั้น มักจะมีอารมณ์เสียง่าย หดพลัง เบื่อ กังวล รู้สึกไร้ค่า ทานได้น้อยลง นอนไม่ค่อยหลับหรือสะดุ้งตื่นกลางดึก มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Persaud, 2008)

การใช้แบบวัดภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Thai-HADS มีความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมีการศึกษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ. 2539 ในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 60 ราย พบว่า โดยมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับภาวะวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และ สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient สำหรับ anxiety sub-scale เท่ากับ 0.86 และ depression sub-scale เท่ากับ 0.83 (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) มีการแปล และทำการศึกษความแม่นยำของ Thai-HADS ในภาษาต่าง ๆ หลายภาษา เช่น ภาษาจีน (Leung et al., 1993) ภาษาอราบิก (El-Rufaie, 1978) หากวัดผลแล้วมีค่าคะแนน 11 – 21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

จากรายงานสถิติโรคมะเร็ง ปี 2565 (ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี, 2565) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งสิ้น 2,277 ราย และมารับบริการงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต 1,156 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้ มีภาวะวิตกกังวล หรือ อาการซึมเศร้า (Thai HADS มากกว่าเท่ากับ 8 คะแนน) จำนวน 442 ราย เฉลี่ยร้อยละ 38.23

ผู้วิจัยได้ศึกษาความเป็นไปได้ของการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรม โทรเวชกรรม โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย วิธีการใช้ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล (Medical Consultation) ซึ่งสามารถตอบโจทย์การตรวจรักษาผู้ป่วยของแพทย์ได้เป็นอย่างดี ในมุมมองของผู้ป่วย นอกจากจะได้รับความสะดวกรวดเร็วในการรับการรักษามากขึ้น ยังทำให้การรักษาเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้จากทั่วประเทศ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่งผลให้ต้นทุนการรักษาโดยรวมของประเทศลดลงได้ ส่วนในมุมมองของแพทย์นอกจากจะช่วยให้แพทย์สามารถบริหารเวลาในการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ยังช่วยการสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลใหญ่กับแพทย์ในโรงพยาบาลห่างไกลได้ง่ายขึ้น สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมถึงกัน ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น และสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ (อิทธิพร

คณะเจริญ, ๒๕๖๓) มีการนำระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ ที่อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง พบว่าความเหมาะสม และเป็นประโยชน์มาก ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ ๙๓.๓๓ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = ๖.๔๕, P < ๐.๐๕$) (ปริดา ขุนณรงค์, ๒๕๖๓) แต่การใช้ระบบ Telemedicine ยังมีอุปสรรคของการใช้ระบบ คือ ๑) เครือข่ายระบบสื่อสารไม่ครอบคลุมพื้นที่ชนบท ๒) แพทย์ที่ให้การรักษามีความเชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาลผ่านจอคอมพิวเตอร์ และต้องมีความสามารถในการใช้เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ ๓) ขาดแนวทางปฏิบัติการรักษาแพทย์ทางไกลสำหรับแพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ (วิภาวันย์ อรรถนพพรชัย และชวณณ กิจศิริกุล, ๒๕๖๔)

โรงพยาบาลมะเร็ิงได้พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยผ่านโปรแกรมโทรเวช (Tele-Medicine) ซึ่งยังไม่เคยนำมาใช้ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จึงต้องการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมโทรเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยมะเร็ิงระยะประคับประคอง ที่มีภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า โรงพยาบาลมะเร็ิงอุดรธานี เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการลดภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ระหว่างการให้คำปรึกษารูปแบบเดิม และการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมโทรเวช โดยใช้การประเมินด้วยแบบประเมิน Thai-HADS (ฉบับภาษาไทย) โดยคาดหวังว่าระบบที่พัฒนาขึ้นจะสามารถช่วยลดภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ประหยัดเวลา และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ิงระยะประคับประคองที่มีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

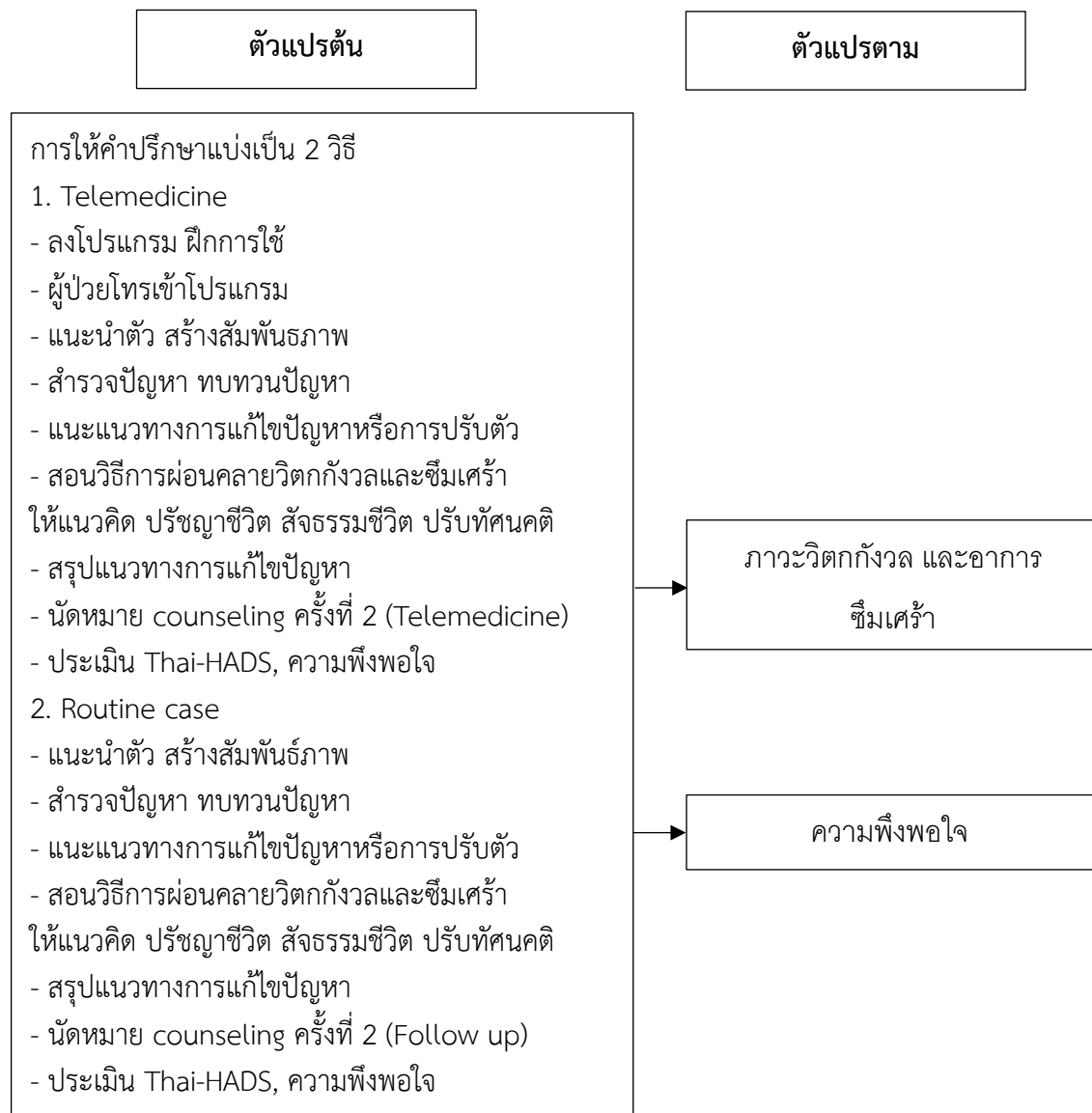
เพื่อประเมินประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมโทรเวช ในการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วยมะเร็ิงระยะประคับประคอง ที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มให้คำปรึกษาทางโทรเวช และกลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มให้คำปรึกษาทางโทรเวช และกลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ
- 3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มให้คำปรึกษาทางโทรเวช และกลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual suffering) และปฏิกิริยาด้านจิตใจของผู้ที่ยังไม่สามารถยอมรับได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Elisabeth Kubler-Ross ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ และใช้แนวคิดการใช้ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล (Tele-medical Consultation) อิทธิพร คณะเจริญ พบว่า บริหารเวลาในการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น และสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมโทรเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยระยะเรื้อรังระดับประคอง ที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ในครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาทดลอง Quasi-experimental Research Design

กลุ่มประชากร

เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคองที่มีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต ช่วงระหว่าง 13 มีนาคม – 1 พฤษภาคม 2567 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่ 4 หรืออยู่ในระยะแพร่กระจาย ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์
- 2) อยู่ในแผนการรักษาเพื่อประคอง หรือการรักษาตามอาการ
- 3) มีโทรศัพท์มือถือ (Smart phone) และอินเทอร์เน็ต

- 4) เป็นคนไทย สามารถพูดคุยสื่อสารได้
- 5) มีความสนใจและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ พร้อมลงนามยินยอมในหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 6) คะแนนประเมิน ภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (Thai HADS) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

2. เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) คะแนน PPS ≤ 30
- 2) ผู้ป่วยอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์
- 3) มีความผิดปกติด้านร่างกายที่มีผลต่อความจำ ความคิด เช่น เพื่อ สับสน Dementia
Electrolyte imbalance เป็นต้น

3. เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- 1) เกณฑ์การให้ผู้ป่วยเลิกจากการศึกษาทั้งโครงการ (Discontinuation Criteria for Participant)
 - 1.1) ผู้ป่วยขาดการติดตาม Following up ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป
 - 1.2) ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย
- 2) เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the study)
 - 2.1) เมื่อกรรมการตรวจสอบพบว่าการละเมิดสิทธิของอาสาสมัคร กรรมการสามารถให้
ยกเลิกโครงการได้

ขนาดตัวอย่าง

1. การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ (Power Analysis) ของ โคเฮน (Cohen, 1977) (cited in Polit, 2008) เพื่อควบคุม Type II Error ได้กำหนดค่า Effect Size เพื่อใช้ใน Power Analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม ได้กำหนดไว้ 3 ขนาด ดังนี้ ขนาดเล็ก $\gamma = .20$ ขนาดกลาง $\gamma = .50$ ขนาดใหญ่ $\gamma = .80$ และเพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือสามารถควบคุมให้เกิดความคลาดเคลื่อนน้อยในระดับที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงใช้ค่า $\gamma = .80$ และกำหนด $\alpha = .05$ และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตาราง Table 6 - 3 Estimated Sample Requirements as a Function of Effect Size (γ) for $\alpha = .05$ and Power Analysis = .08 (Polit, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย จึงใช้สูตรคำนวณตัวอย่าง ดังนี้ (อรุณ จิรวรรณกุล, 2547)

$$n_{ads} = \frac{n}{1 - R}$$

โดย

n_{ads} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่ได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม (ร้อยละ 10)

$$\text{แทนค่า } n_{ads} = \frac{20}{1 - 0.10}$$

$$= 22.22 \text{ ได้เท่ากับ } 23 \text{ คนต่อกลุ่ม}$$

ดังนั้นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 23 คน รวม 2 กลุ่มเท่ากับ 46 คน

2. การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การคัดอาสาสมัคร จะสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ตามลำดับของการเข้ารับบริการที่หน่วยการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต อาสาสมัครที่เข้ามาลำดับเลขคู่ จะอยู่ในกลุ่มควบคุม อาสาสมัครที่เข้ามาลำดับเลขคี่ จะอยู่ในกลุ่มทดลอง โดยจะชี้แจงให้อาสาสมัครเข้าใจขั้นตอนการวิจัย การไม่สามารถเลือกกลุ่มได้เอง เนื่องจากอาจมีผลต่อการวิเคราะห์ผล หากผลการวิจัยได้ผลลัพธ์ที่ดี จะให้อาสาสมัครใช้โปรแกรมที่ได้พัฒนาในอนาคต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะประคับประคองที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า ได้ใช้แนวปฏิบัติ ตามคู่มือการให้คำปรึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2) โปรแกรมโทรเวชกรรม เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นซอฟต์แวร์ที่ใช้เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อติดตามตรวจรักษาผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน สามารถสื่อสารด้วยภาพและเสียง มีระบบบันทึกเสียงการสนทนา มีความปลอดภัยในการรักษาความลับผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถาม เรื่อง: ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมโทรเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะท้าย ที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มี 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอดีต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรง (Validity) ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1) โปรแกรมการให้คำปรึกษา ผู้ศึกษาได้ใช้แนวปฏิบัติ ตามคู่มือการให้คำปรึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยนำหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า มาทำเป็นคู่มือรวมกับแนวทางการใช้โปรแกรมโทรเวชของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ชื่อ คู่มือการติดตั้งโปรแกรม และการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรม MY iTele โดยคู่มือดังกล่าว ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยระยะเรื้อรัง 2) หัวหน้าทีมให้บริการปรึกษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 3) หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าในแต่ละหัวข้อเท่ากับ 0.67 – 1.00

2) แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) ผู้ศึกษาได้อ้างอิงการศึกษาของธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ ซึ่งทำการศึกษาเมื่อ ปี พ.ศ. 2539 มีค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับภาวะวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และ สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ โดยมีค่า

Cronbach's alpha coefficient สำหรับ anxiety sub-scale เท่ากับ 0.86 และ depression sub-scale เท่ากับ 0.83

3) แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้ศึกษาได้ออกแบบแบบสอบถามเองหลังจากนั้นได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จาก สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จำนวน 3 ท่าน หัวหน้างานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลมะเร็่งอุตรธานี 1 ท่าน หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล 1 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.93

4) นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จำนวน 5 ราย โดยใช้การวัดความเชื่อมั่นแบบวัดความคงที่ (Measure of Stability) ที่เป็นวิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) ซึ่งใช้เครื่องมือเดียวกันไปทดสอบกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันจำนวน 5 คน รวม 2 ครั้ง ห่างกัน 3 วัน โดยมีค่าคะแนนก่อน-หลัง ดังตารางผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

คนที่	ครั้งที่ 1 (X)	ครั้งที่ 2 (Y)	X ²	Y ²	XY
1	18	17	324	289	306
2	17	16	289	256	272
3	18	18	324	324	324
4	17	17	289	289	289
5	16	16	256	256	256
รวม	ΣX=86	ΣY= 84	ΣX ² =1,482	ΣY ² =1,414	ΣXY=1,447

ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 แต่เนื่องจากคะแนนเดิมและคะแนนใหม่ของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเดียวกัน ดังนั้น จะได้ความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์อยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 เท่านั้น การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยมีสูตรคำนวณ ดังนี้ (Best and Kahn, 1993)

$$P_{XY} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

$$P_{XY} = \frac{5(1,447) - (86)(84)}{\sqrt{[5(1,482) - (86)^2] [5(1,414) - (84)^2]}} = 0.495$$

ดังนั้นค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.495

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1 การเตรียมการ

1) ประชุมผู้ร่วมโครงการวิจัย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการวิจัย เพื่อร่วมวางแผนการดำเนินโครงการวิจัย โดยมอบหมายให้ผู้ที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการให้

คำปรึกษา และผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างน้อย 6 สัปดาห์ขึ้นไป และเป็น ผู้รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ผ่านการนิเทศการให้คำปรึกษาผ่าน โปรแกรมโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งมีด้วยกัน 3 คน

2) จัดทำเอกสารเพื่อใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) วัฏปฏิบัติในการให้การปรึกษา ผู้ป่วย มะเร็งระยะประคับประคองที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า (Protocol of intervention) แบบ บันทึกรายบุคคล (case record form) แบบบันทึกการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (inform consent form) และเอกสารข้อมูลอธิบายโครงการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

3) ทำการทดสอบ Protocol of intervention กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะวิตกกังวลและ อาการซึมเศร้า

4) ปรับ แก้ไขเครื่องมือ หรือ Protocol ตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ

2. การดำเนินการ

1) หลังผ่านการอนุมัติโครงการวิจัย ประกาศรับสมัครอาสาสมัครโดยการเสนอแนวทางการวิจัยผ่านบุคคล และปิดป้ายประชาสัมพันธ์ที่แผนกงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

2) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนน Thai-HADS ≥ 8 คะแนน และได้รับการให้คำปรึกษาแล้ว จะเสนอการเข้าร่วมวิจัย

3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ และลงลายมือชื่อเมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัย

4) อธิบายขั้นตอนและกระบวนการของการศึกษาและการให้บริการ

5) ทำการลงโปรแกรมในโทรศัพท์ สาธิตการใช้ และชี้แจงขั้นตอนการติดตามดูแล

6) ทั้ง 2 กลุ่มใช้รูปแบบกระบวนการให้คำปรึกษาที่เหมือนกัน ตามวัฏปฏิบัติในการให้การ ปรึกษา ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า (Protocol of intervention)

7) ความถี่การให้คำปรึกษาทั้งกลุ่มที่ใช้โทรเวช ทุก 1 สัปดาห์ รวม 2 ครั้ง กลุ่ม control ที่ จะให้คำปรึกษาเมื่อมาตามนัดเท่านั้นรวม 2 ครั้ง

8) ทำการประเมินโดยใช้เครื่องมือ Thai-HADS และแบบประเมินความพึงพอใจ เมื่อ ผู้ป่วยมาตามนัดครั้งถัดไปโดยมีระยะเวลาเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

3. การวิเคราะห์ผล และสรุปผลการวิจัย

1) รวบรวมแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบบันทึกข้อมูล และทำการ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ทางสถิติ (SPSS version.20)

3) จัดทำเอกสารผลการวิจัยและเผยแพร่ผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ทางสถิติ (Statistical analysis)

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2) วิเคราะห์ค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความพึงพอใจ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด และ ค่าคะแนนสูงสุด

3) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความ พึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent T-test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาวินิจฉัยนี้จะปฏิบัติตามเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยที่ดี (Good Clinical Practice; GCP) สหประชาชาติ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครจะได้รับความคุ้มครองตามหลักการแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวินิจฉัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี หนังสือรับรองเลขที่ UDCH_COA 010/2024 อาสาสมัครจะได้รับคำชี้แจงถึงประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการศึกษาวินิจฉัยอย่างครบถ้วนจนเป็นที่พอใจ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจ โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมไว้เป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

1. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกินกว่าความเสี่ยงทั่วไป อาจมีการเสียเวลาทำแบบประเมิน เป็นเวลา 15 นาที และ ต้องใช้เวลาในการกระบวนการให้คำปรึกษา เป็นเวลาประมาณ 30 นาที
- 2) การชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัครและการยินยอมให้ทำการวิจัยของอาสาสมัคร อาสาสมัครทุกคนที่เข้าร่วมโครงการ จะต้องได้รับคำชี้แจงจนเข้าใจอย่างชัดเจนจากคณะผู้วิจัย และได้ลงลายมือในใบยินยอมให้ทำการวิจัย

2. ประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับด้านจริยธรรม

- 1) การเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะใช้รูปแบบของรหัส และรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโดยไม่นำข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อสาธารณชนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น
- 2) หลักฐานหรือเอกสารทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อทำการวิจัยเสร็จต้องทำลายเอกสารทิ้งทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.52 และ อายุระหว่าง 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.17 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุ มากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.87 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.85 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี อายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.52 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.04 ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 69.57 และคิดเป็นร้อยละ 60.87 กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพมากที่สุด คือ รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว และกลุ่มว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.43 เท่ากัน รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 26.09, กลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 39.13 รองลงมาประกอบอาชีพว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.43, ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 82.61 และ 69.57 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 5,000 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.17 เท่ากัน ประวัติการดื่มสุรา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เคยดื่มแต่เลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 65.22 และ คิดเป็นร้อยละ 60.87 และประวัติการสูบบุหรี่ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 47.83 เท่ากัน ส่วนสถานภาพพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 65.22 และ 91.30 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	13	56.52	12	52.17
- หญิง	10	43.48	11	47.83
อายุ				
- 18-40 ปี	0	0	2	8.70
- 41-60 ปี	9	39.13	13	56.52
- มากกว่า 60 ปี	14	60.87	8	34.78
Mean±SD	61.78 ± 8.85		55.43 ± 11.04	
Min : Max	42	75	31	73
ภูมิลำเนา				
- ภูมิลำเนาในจังหวัด	7	30.43	9	39.13
- ภูมิลำเนาต่างจังหวัด	16	69.57	14	60.87
อาชีพ				
- รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว	7	30.43	2	8.70
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	4.35	1	4.35
- เกษตรกร	6	26.09	9	39.13
- ค้าขาย	2	8.70	3	13.04
- ว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	7	30.43	7	30.43
- อื่น ๆ	0	0.00	1	4.35
สถานะภาพ				
- โสด	1	4.35	1	4.35
- คู่	15	65.22	21	91.30
- หม้าย/แยก/หย่าร้าง	7	30.43	1	4.35
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้เรียน	1	4.35	0	0.00
- ชั้นประถมศึกษา	19	82.61	16	69.57
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.35	5	21.74
- ปริญญาตรี	2	8.70	2	8.70

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 39.13 เท่ากัน ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 95.65 และ 100 ตามลำดับ และทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เคยมีประวัติการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 69.57 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ทราบการแพร่กระจายของโรค คิดเป็นร้อยละ 56.52

และ 86.96 ตามลำดับ ตำแหน่งที่มีการกระจายมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ต่อม้ำเหลือง คิดเป็นร้อยละ 46.15 และ 75.00, ปอด คิดเป็นร้อยละ 46.15 และ 45.00 และ ตับ คิดเป็นร้อยละ 38.46 และ 30.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ประวัติการเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคเมเร็งที่วินิจฉัย				
เมเร็งเต้านม	5	21.74	3	13.04
เมเร็งลำไส้	9	39.13	9	39.13
เมเร็งศีรษะและลำคอ	2	8.70	3	13.04
เมเร็งปอด	3	13.04	1	4.35
เมเร็งตับ	1	4.35	2	8.70
เมเร็งกระเพาะอาหาร	1	4.35	1	4.35
เมเร็งปากมดลูก	0	0	1	4.35
เมเร็งต่อมลูกหมาก	1	13.04	0	4.35
เมเร็งผิวหนัง	0	0	1	4.35
เมเร็งเยื่อเซลล์กระดูก	0	0	1	4.35
เมเร็งไต	1	4.35	0	0
ไม่ทราบต้นกำเนิด	0	0	1	4.35
การแพร่กระจาย				
ไม่ทราบการแพร่กระจาย	10	43.48	3	13.04
ทราบการแพร่กระจาย	13	56.52	20	86.96
- ตับ	5	38.46	6	30.00
- ปอด	6	46.15	9	45.00
- เยื่อหุ้มปอด	0	0.00	1	5.00
- กระดูก	3	23.07	1	5.00
- ต่อม้ำเหลือง	6	46.15	15	75.00
- ช่องท้อง	0	0.00	2	10.00
- สมอง	0	0.00	2	10.00
- ผื่นงทรวงอก	0	0.00	1	5.00
ประวัติแพ้ยา				
ไม่แพ้	22	95.65	23	100.00
แพ้	1	4.35	0	0.00
ประวัติการผ่าตัด				
ไม่เคยผ่าตัด	7	30.43	7	30.43
เคยผ่าตัด	16	69.57	16	69.57
รวม	23	100.00	23	100.00

3. ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความพึงพอใจ

หลังให้คำปรึกษา ภาวะวิตกกังวล ของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.48 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.34 ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.26 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.63 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และ 3 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด 8 คะแนน และ 9 คะแนน ตามลำดับ โดยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.96 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.15 ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.96 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.43 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และ 3 คะแนน มีค่าคะแนนสูงสุด 8 คะแนน และ 9 คะแนน ตามลำดับ โดยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีมีอาการซึมเศร้า

ตารางที่ 4. ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความพึงพอใจ

การประเมิน	$\bar{X}$	SD.	Min	Max	แปลผล
ภาวะวิตกกังวล					
กลุ่มควบคุม (n=23)	6.48	1.34	4	8	ไม่มีภาวะวิตกกังวล
กลุ่มทดลอง (n=23)	6.26	1.63	3	9	ไม่มีภาวะวิตกกังวล
อาการซึมเศร้า					
กลุ่มควบคุม (n=23)	5.96	1.15	4	8	ไม่มีอาการซึมเศร้า
กลุ่มทดลอง (n=23)	5.96	1.43	3	9	ไม่มีอาการซึมเศร้า

เปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความพึงพอใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

โดยใช้การทดสอบพารามेटริกซ์ ด้วยเทคนิค (independent t-test) หลังให้คำปรึกษา กลุ่มทดลอง มีคะแนนภาวะวิตกกังวล 6.48 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะวิตกกังวล 6.26 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีภาวะวิตกกังวล ไม่แตกต่างกัน ($p=0.624$) กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะวิตกกังวล 5.96 คะแนน และกลุ่มควบคุมได้มีคะแนนอาการซึมเศร้า 5.96 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีอาการซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน ($p=1.00$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การประเมิน	Mean	S.D	t	p-value
ภาวะวิตกกังวล				
ควบคุม	6.48	1.34	0.494	0.624
ทดลอง	6.26	1.63		
อาการซึมเศร้า				
ควบคุม	5.96	1.15	0.00	1.00
ทดลอง	5.96	1.43		

*p-value <0.05, independent t-test

คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจหลังให้คำปรึกษาภาพรวม ของกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (ค่าเฉลี่ย 3.89) คิดเป็นร้อยละ 77.80 เมื่อแยกออกเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ อยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (ค่าเฉลี่ย 3.63) คิดเป็นร้อยละ 72.60 ข้อคำถามที่มีความพึง

พอใจมากที่สุดคือ ความมั่นใจในระบบปกป้องข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.65) คิดเป็นร้อยละ 93.00 ส่วนด้านทักษะเจ้าหน้าที่ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.24) คิดเป็นร้อยละ 84.80 ข้อคำถามที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ผู้ให้บริการมีอัธยาศัย และใส่ใจในการให้บริการ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.83) คิดเป็นร้อยละ 96.60 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม

การประเมิน	$\bar{X}$	SD.	Min	Max	แปลผล
ความพึงพอใจ					
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ					
1. ขั้นตอนการให้บริการมีความเหมาะสม คล่องตัว เข้าใจง่าย	4.43	0.51	4	5	มากที่สุด
2. ระยะเวลาในการให้บริการเหมาะสม	4.22	0.67	3	5	มากที่สุด
3. สื่อ เทคโนโลยีที่นำมาใช้เหมาะสม	3.43	0.59	3	5	มาก
4. ความสะดวก รวดเร็วของการให้บริการ	4.39	0.89	1	5	มากที่สุด
5. การประหยัดเวลาในการเดินทาง	2.22	0.95	0	4	น้อย
6. การบริการนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไปโรงพยาบาลได้	2.09	0.95	0	4	น้อย
7. ความมั่นใจในระบบปกป้องข้อมูลส่วนตัว และ ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม	4.65	0.49	4	5	มากที่สุด
ผลรวมเฉลี่ย	3.63	0.46	2.29	4.43	มาก
ด้านทักษะเจ้าหน้าที่					
1. ผู้ให้บริการมีอัธยาศัย และใส่ใจในการ ให้บริการ	4.83	0.39	4	5	มากที่สุด
2. ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน	4.48	0.51	4	5	มากที่สุด
3. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถในการให้ คำปรึกษา	4.48	0.51	4	5	มากที่สุด
4. ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาความกังวล และอาการซึมเศร้า	3.61	0.58	3	5	มาก
5. มีการติดตามผลหลังให้คำปรึกษา	3.83	0.58	3	5	มาก
ผลรวมเฉลี่ย	4.24	0.32	3.60	4.80	มากที่สุด
ภาพรวม	3.89	0.32	3.17	4.50	มาก

คะแนนความพึงพอใจ ของกลุ่มทดลอง

ภาพรวมความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.54) คิดเป็นร้อยละ 90.80 เมื่อแยกออกเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.42) คิดเป็นร้อยละ 88.40 ข้อคำถามที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ การบริการนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลได้ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.96) คิดเป็นร้อยละ 99.20 ส่วนด้านทักษะเจ้าหน้าที่ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย

4.71) คิดเป็นร้อยละ 94.20 ข้อคำถามที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ผู้ให้บริการมีอัธยาศัย และใส่ใจในการให้บริการ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.91) คิดเป็นร้อยละ 98.20 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนความพึงพอใจ ของกลุ่มทดลอง

การประเมิน	$\bar{X}$	SD.	Min	Max	แปลผล
ความพึงพอใจ					
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ					
1.ขั้นตอนการให้บริการมีความเหมาะสม คล่องตัว เข้าใจง่าย	4.22	0.60	3	5	มากที่สุด
2. ระยะเวลาในการให้บริการเหมาะสม	4.43	0.51	4	5	มากที่สุด
3. สื่อ เทคโนโลยีที่นำมาใช้เหมาะสม	4.57	0.59	3	5	มากที่สุด
4 ความสะดวก ราบรื่นของการให้บริการ	3.48	0.59	3	5	มาก
5 การประหยัดเวลาในการเดินทาง	4.91	0.29	4	5	มากที่สุด
6 การบริการนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการ เดินทางไปโรงพยาบาลได้	4.96	0.21	4	5	มากที่สุด
7 ความมั่นใจในระบบปกป้องข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้รับบริการอย่าง เหมาะสม	4.35	0.57	3	5	มากที่สุด
ผลรวมเฉลี่ย	4.42	0.27	3.86	5	มากที่สุด
ด้านทักษะเจ้าหน้าที่					
1. ผู้ให้บริการมีอัธยาศัย และใส่ใจในการ ให้บริการ	4.91	0.29	4	5	มากที่สุด
2. ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่าง ชัดเจน	4.61	0.50	4	5	มากที่สุด
3. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถในการ ให้คำปรึกษา	4.61	0.51	4	5	มากที่สุด
4. ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาความ กังวลและอาการซึมเศร้า	4.65	0.57	3	5	มากที่สุด
5. มีการติดตามผลหลังให้คำปรึกษา	4.78	0.42	4	5	มากที่สุด
ผลรวมเฉลี่ย	4.71	0.30	4	5	มากที่สุด
ภาพรวม	4.54	0.21	4.08	4.92	มากที่สุด

เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หลังให้คำปรึกษา พบว่า คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.89 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.54 เมื่อทดสอบแล้วพบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การประเมิน	Mean	S.D	t	p-value
ความพึงพอใจ				
กลุ่มควบคุม	3.89	0.32	-8.182	<0.001*
กลุ่มทดลอง	4.54	0.21		

*p-value <0.05, independent t-test

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปทั้งกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง โดยส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งหมด เพศชาย ร้อยละ 56.52 และ 52.17 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับเพศหญิง กลุ่มอายุของกลุ่มควบคุม มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 39.13 อายุ > 60 ปี ร้อยละ 60.87 กลุ่มทดลอง มีอายุ 18-40 ปี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 8.70), อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 56.52 อายุ > 60 ปี ร้อยละ 34.78 ซึ่งสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักเกิดในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีอายุระหว่างอายุ 61-80 ปี ร้อยละ 47.10 สาเหตุที่ช่วงอายุของทั้งสองกลุ่มต่างกัน อาจเป็นเพราะความพร้อมของการใช้สมาร์ตโฟนในวัยกลางคนมีมากกว่าในวัยสูงอายุ (เข็มทอง ตรีนตรไพบูลย์, 2566) และสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565 พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุระหว่าง 43 – 57 ปี (Generation X) ใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า กลุ่มคนที่มีอายุ 58 ปีขึ้นไป (Baby Boomers) คือร้อยละ 29.41 และ ร้อยละ 13.22 สถานะภาพสมรส คู่ ร้อยละ 65.22 และ 91.30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.09 และ 39.13 ตามลำดับรายงานของ (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2565) ในด้านระดับการศึกษากลุ่มทดลอง มีระดับการศึกษาที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ซึ่งการศึกษาของสุพรรณฯ สุนทรโรปกรณ์ (มปป.) พบว่าการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการเลือกซื้อสมาร์ตโฟน จึงคิดว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของกลุ่มทดลองในครั้งนี้จะไม่กระทบต่อวัตถุประสงค์งานวิจัย ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 5,000 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.17 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอาชีพพ่อบ้าน หรือแม่บ้าน หรือว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 30.43 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้ยา คิดเป็นร้อยละ 95.65 และ 100 ตามลำดับ

ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มควบคุม ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง 3 อันดับแรก คือ มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด ร้อยละ 39.13, 21.74 และ 13.04 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง คือ มะเร็งลำไส้ มะเร็งอื่น ๆ และ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 39.13, 17.39 และ 13.04 ตามลำดับ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดเท่ากันร้อยละ 39.13 สอดคล้องกับการศึกษาความชุก และลักษณะของผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มโรคมะเร็งในอำเภออุทุมพรพิสัย ในปีพ.ศ.2563 พบว่า โรคที่พบเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายอันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม (แสงระวี ศรีเสน, 2563) ส่วนมะเร็งชนิดอื่น มีการกระจายตัวของข้อมูลแตกต่างกัน กลุ่มควบคุมพบการกระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะหรือตำแหน่งอื่น 3 อันดับ คือ ต่อมาน้ำเหลือง ปอด และตับ ร้อยละ 64.15, 64.15 และ 38.64 ตามลำดับ กลุ่มทดลองพบการกระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะ หรือตำแหน่งอื่น 3 อันดับ คือ ต่อมาน้ำเหลือง ปอด และตับ ร้อยละ 75.00, 40.00 และ 30.00 ตามลำดับ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการกระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะหรือตำแหน่งอื่น ทั้ง 3 อันดับแรกไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่

ทราบว่าโรคเมเร็งที่เป็นมีการกระจายไปอวัยวะหรือตำแหน่งอื่น ร้อยละ 56.52 และ 86.96 ตามลำดับ ประวัติการผ่าตัด ทั้งสองกลุ่ม มีประวัติการผ่าตัดร้อยละ 69.57 เท่ากัน

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด และ ค่าคะแนนสูงสุด ของคะแนนภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความพึงพอใจ หลังให้คำปรึกษา ดังนี้ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวล เท่ากับ 6.48 ± 1.34 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 4 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 8 อาการซึมเศร้า เท่ากับ 5.96 ± 1.15 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 4 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 8 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะวิตกกังวล เท่ากับ 6.26 ± 1.63 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 9 อาการซึมเศร้า เท่ากับ 5.96 ± 1.43 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 9 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่มีภาวะวิตกกังวล ส่วนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจภาพรวม กลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.89 ± 0.32 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3.17 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.50 ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจภาพรวม เท่ากับ 4.54 ± 0.21 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 4.08 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.92

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะวิตกกังวลของกลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ และกลุ่มที่ใช้โทรเวชพบว่ากลุ่มที่ใช้โทรเวช มีคะแนนภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 6.48 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะวิตกกังวลเฉลี่ย 6.26 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีภาวะวิตกกังวล ไม่แตกต่างกัน ($p=0.624$) กลุ่มที่ใช้โทรเวช มีคะแนนอาการซึมเศร้า 5.96 คะแนน และกลุ่มควบคุม มีคะแนนอาการซึมเศร้า 5.96 คะแนน เมื่อทดสอบแล้วพบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีภาวะวิตกกังวล ไม่แตกต่างกัน ($p=1.00$) ซึ่งอภิปรายได้ว่า แม้ทั้งสองกลุ่มจะใช้ช่องทางในการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกัน ทั้งกลุ่มที่ให้คำปรึกษาแบบปกติ และกลุ่มที่ให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมโทรเวช แต่ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาที่เหมือนกัน จำนวนครั้ง เท่ากัน จึงให้ผลลัพธ์ในด้านการลดภาวะวิตกกังวล และลดอาการซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง พบว่า Tele-nursing สามารถลดภาวะวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และสามารถนำโทรเวชมาใช้ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชได้ (พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน และกัลยาณี นาคฤทธิ์, 2566)

การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ เท่ากับ 3.89 และกลุ่มให้คำปรึกษาทางโทรเวช เท่ากับ 4.54 เมื่อทดสอบแล้วพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ใช้โปรแกรมโทรเวชในการให้คำปรึกษามีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่รับคำปรึกษาแบบปกติ ซึ่งเมื่อพิจารณาความแตกต่างเป็นรายข้อ พบว่า การใช้โทรเวชช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การประหยัดเวลา และช่วยแก้ปัญหาได้รวดเร็วกว่าการให้คำปรึกษาแบบปกติที่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลตามวันที่แพทย์นัดหมายจึงจะได้รับคำปรึกษาอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของการใช้บริการระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความสะดวกสบายเมื่อไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง ผู้ป่วยไม่ต้องรอคิวงานสามารถรับการรักษาโดยสื่อสารกับแพทย์ได้ทุกที่ ลดขั้นตอนในการรักษาได้ (จุฑาลักษณ์ เดชเกษม, 2564)

เอกสารอ้างอิง

- กุลลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ, ภัทรี พหลภาคย์, พงศธร พหลภาคย์. (2560). ตำราจิตเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- เข้มทอง ตรีนตรไพบูลย์, เอมอร ส่วยสม และ อดิญา ลาอุณ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 31(2), 251 – 261.
- จุฑาลักษณ์ เดชเกษม (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของการใช้บริการระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) ในโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- ทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี (2565). *Hospital Based Cancer Registry 2022*. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, 4-23.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน และ กัลยาณี นาคฤทธิ์. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 6(2), กรกฎาคม - ธันวาคม ISSN 2822-034X (Online).
- วิภาวณีย์ อรรณพพรชัย และชวณณ กิจศิริกุล. (2564). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 7(3), 258-271.
- สุพรรณษา สุนทรโรปกรณ์. (มปป.). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อโทรศัพท์สมาร์ทโฟนของพนักงานบริษัทไทยเค เค อุตสาหกรรม จำกัด. สาขาวิชาการตลาด, คณะบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- แสงระวี ศรีเสน. (2022). ความชุกและลักษณะของผู้ป่วยประคับประคองกลุ่มโรคมะเร็งในอำเภออุทุมพรพิสัย พ.ศ.2563. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 37(2), 411–419. สืบค้น จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/258928>
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2565). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565. กระทรวงดิจิทัล, 77-85.
- อรุณ จิรวัดนกุล. (2547). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ . ขอนแก่น :ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2565). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อิทธิพร คณะเจริญ. (2563). เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเชื่อมแพทย์และผู้ป่วยให้ใกล้แม้อยู่ห่างไกลกัน. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 5(54), 9 สืบค้นจาก <https://ebook.redcross.or.th/wp-content/uploads/securepdfs/2020/09>
- Anna Freud. (1993). Ego and the mechanisms of defense. London: Karnac book, 3-8.

- Best, John W., & Kahn, James V. (1993). *Research in education* (7th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Bruera, E., Higginson, I.J., von Gunten, C.F., & Morita, T. (Eds.). (2021). *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care* (3rd ed.). CRC Press.
<https://doi.org/10.1201/9780429275524>
- Chambers, S.K., Meng, X., Youl, P. et al. (2012). A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. *Qual Life Res*, 21, 1551–1564.
<https://doi.org/10.1007/s11136-011-0067-5>
- Cohen, J. (1996). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Elizabeth Kubler-Ross. (1974). Questions and Answers on Death and Dying. A Companion Volume to on death and dying, 12(23), 25-32.
- El-Rufaie, O. E., & Absood, G. (1987). Validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale among a group of Saudi patients. *The British journal of psychiatry: The journal of mental science*, 151, 687–688.
- Harry Stack Sullivan. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. (1st ed.). Routledge. Published 30 September 2013. <https://doi.org/10.4324/9781315014029>
- Holland, J.C., & Alici, A. (2010). Management of distress in cancer patients. *Supportive Oncology*, (8), 4–12.
- Leung, C. M., Ho, S., Kan, C. S., Hung, C. H., & Chen, C. N. (1993). Evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. A cross-cultural perspective. *International journal of psychosomatics: official publication of the International Psychosomatics Institute*, 40(1-4), 29–34.
<https://doi.org/10.1192/bjp.151.5.687>
- Persaud R. (2008). *The mind a user's guide*. The Royal College of Psychiatrists, United Kingdom. ISBN 13: 9780593056356
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 796 s.
- Thasaneesuwan, S., & Nilmanat, K. (2019). Psychological Distress in Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy and Nursing Care. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 39(4), 110–119.
- WHO. (2002). World Health Organization definition of Palliative Care. Retrieved 2023 Dec 1 from: <https://palliativecare.nsw.org.au/wp-content>