

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา

Development of a Model to Promote Family or Caregiver Engagement in
the Care of Cancer Patients in Sathing Phra District, Songkhla Province

วารางคณา ปุยเจริญญ

Warangkana Puicharoen

โรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา

*Corresponding author, e-mail: Wilailuckpaphada@gmail.com

Received: 19 April 2024; Revised: 1 May 2025; Accepted: 21 May 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในอำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (2) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแล (3) ยกร่างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม และ (4) ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 60 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพรูปแบบแบบสอบถามความพึงพอใจ และแนวคำถามการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ CARE-S Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การสื่อสารกับทีมสุขภาพ (C), การให้ความรู้ที่เข้าถึงได้ (A), การพัฒนาทักษะการดูแล (R), ระบบติดตามผลการมีส่วนร่วม (E), และการปรับให้เหมาะกับบริบทพื้นที่ (S) หลังการใช้รูปแบบ ญาติ ผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในด้านการดูแลอาการ การเฝ้าระวัง และการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพรูปแบบในระดับ “มากที่สุด” ทุกด้าน และกลุ่มผู้ดูแลมีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงความรู้และทักษะการดูแล

ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบ CARE-S มีความเหมาะสมต่อการส่งเสริมบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในบริบทพื้นที่ชนบท และสามารถขยายผลไปใช้ในพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาเครื่องมือและระบบสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อรองรับความหลากหลายของกลุ่มญาติในอนาคต

คำสำคัญ : ญาติผู้ดูแล, ผู้ป่วยมะเร็ง, การมีส่วนร่วม, การดูแลระยะยาว, CARE-S Model

Abstract

This research employed a research and development (R&D) approach with the objective of developing a model to promote family or caregiver engagement in the care of cancer patients in Sathing Phra District, Songkhla Province. The study was divided into four phases: (1) assessing the current situation of cancer patient care, (2) examining the level of caregiver participation, (3) designing and developing the engagement model, and (4) piloting and evaluating the model. The sample consisted of 60 caregivers of cancer patients. Research instruments included questionnaires, a model quality assessment form, a satisfaction survey, and interview guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-tests.

The findings revealed that the developed CARE-S Model comprised five key components: (C) Communication with the healthcare team, (A) Accessible knowledge, (R) Role skill development, (E) Evaluation and follow-up, and (S) Sathing Phra contextualization. After implementation, caregivers showed a statistically significant improvement ($p < .001$) in both their caregiving competence and confidence—particularly in symptom management, monitoring, and long-term care. Experts rated the model as “excellent” in all quality dimensions, while caregivers reported the highest satisfaction, especially with knowledge accessibility and skill development components.

The study concluded that the CARE-S Model is suitable for enhancing caregiver roles in rural cancer care settings and is scalable to other communities. Further development of tools and support systems is recommended to address the diverse needs of caregivers in different contexts.

Keywords : Family Caregiver, Cancer Patients, Participation, Long-Term Care, CARE-S Model

บทนำ

โรคมะเร็งได้รับการจัดประเภทให้เป็นโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตและเป็นปัญหาที่ร้ายแรงในทาง การแพทย์สมัยใหม่ เนื่องจากการใช้ชีวิตประมาณ 90,000 รายต่อปีทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ 120,000 รายต่อปี (Bray, F., et al., 2018) จำนวนผู้เสียชีวิต จากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในผู้หญิงและเพิ่มขึ้น เป็นสามเท่าในผู้ชายในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกได้ยืนยันว่าในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็น อันตรายมากกว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด (Mentella, M.C. et al., 2019) ในประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น โดยมี ผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 139,206 คนต่อปี หรือเฉลี่ย 382 คนต่อวัน และเสียชีวิตราว 84,037 รายต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) โรคมะเร็งที่พบมากใน ผู้ชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี, มะเร็งปอด และ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ขณะที่ในผู้หญิงพบมะเร็งเต้านมและ มะเร็งปากมดลูกมากที่สุด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความ เจ็บปวดจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น เคมีบำบัดและรังสีบำบัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในด้าน ร่างกายและจิตใจ

นอกจากนี้ การรักษาโรคที่ยืดเยื้อยังอาจ สร้างภาระทางจิตใจและเศรษฐกิจให้กับครอบครัวของ ผู้ป่วย ภาระต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจ เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งต้องใช้ทรัพยากรทาง การแพทย์จำนวนมาก เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด การ ดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูหลังการรักษา ทำให้โรคนี้กลายเป็นภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับ บุคคลและระดับประเทศ การขาดรายได้จากการ ทำงานของผู้ป่วยและครอบครัวยังส่งผลกระทบต่อ เศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมโดยรวม การรักษา โรคมะเร็งจำเป็นต้องมีการติดตามผลและการดูแล อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การมีส่วน

ร่วมของญาติผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วย สนับสนุนผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Allison J. Applebaum & William Breitbart, 2012) นอกจากนี้ ยังมีความจำเป็นต้องสร้างระบบสนับสนุน จากสังคมและภาครัฐในการดูแลผู้ป่วย ด้วยความ ซับซ้อนของโรคมะเร็ง การวิจัยเกี่ยวกับการรักษาและ การป้องกันจึงมีความจำเป็น เพื่อพัฒนารักษา เทคโนโลยีใหม่ ๆ และวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางร่างกาย และจิตใจจากอาการของโรคและการรักษา เช่น ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี การดูแลที่ มีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลด ความเครียด และสร้างกำลังใจในการเผชิญกับการ รักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลกระทบในหลายมิติ รวมถึง การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็ง ต้องเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนทั้งทางร่างกาย และจิตใจ การดูแลตนเองมีความสำคัญในการเพิ่ม คุณภาพชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการ ของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาได้อย่างมี ประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังอาการและปฏิบัติตาม คำแนะนำทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยา การ ควบคุมอาหาร และการพบแพทย์ตามนัด มีส่วนช่วย ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และทำให้การ รักษาเป็นไปอย่างราบรื่น (Kishino, M. et al., 2022) การดูแลตนเองยังช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่าง ผู้ป่วยกับทีมแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมี บทบาทเชิงรุกในกระบวนการรักษา การมีส่วนร่วมนี้ ยังลดภาระให้กับครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้พวกเขาสามารถให้การสนับสนุนในเชิงจิตใจและอารมณ์ได้ ดียิ่งขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย (Becqu , Y. et al., 2023) ในขณะเดียวกัน ญาติ

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการสร้างกำลังใจและสนับสนุนผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดและความท้อแท้จากอาการของโรค ความใกล้ชิดจากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและมีความหวังในการรักษามากขึ้น นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลยังมีส่วนช่วยในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน เช่น การช่วยจัดเตรียมอาหาร ดูแลเรื่องยา และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมนี้ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพและลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Ullgren, H. et al., 2018) การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัวและคนที่รักช่วยให้พวกเขามีความพร้อมในการเผชิญกับโรคและการรักษา ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมการดูแลตนเองควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเป็นไปอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงสุด (Stadelmaier, N. et al., 2018)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในด้านนี้ยังมีช่องว่างทางความรู้ เช่น การขาดข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางเฉพาะในการส่งเสริมความมั่นใจของญาติผู้ดูแล รวมถึงการขาดการศึกษาที่เจาะลึกถึงผลกระทบในระยะยาวของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาส่วนใหญ่ยังเน้นที่ผลลัพธ์ระยะสั้น เช่น การลดภาวะแทรกซ้อนและการปรับปรุงคุณภาพชีวิต แต่ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับภาระทางจิตใจและความยั่งยืนของการดูแลในระยะยาว (Ullgren et al., 2018) นอกจากนี้ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมในบริบทของประเทศไทยและเอเชียยังไม่ถูกศึกษาอย่างเพียงพอ

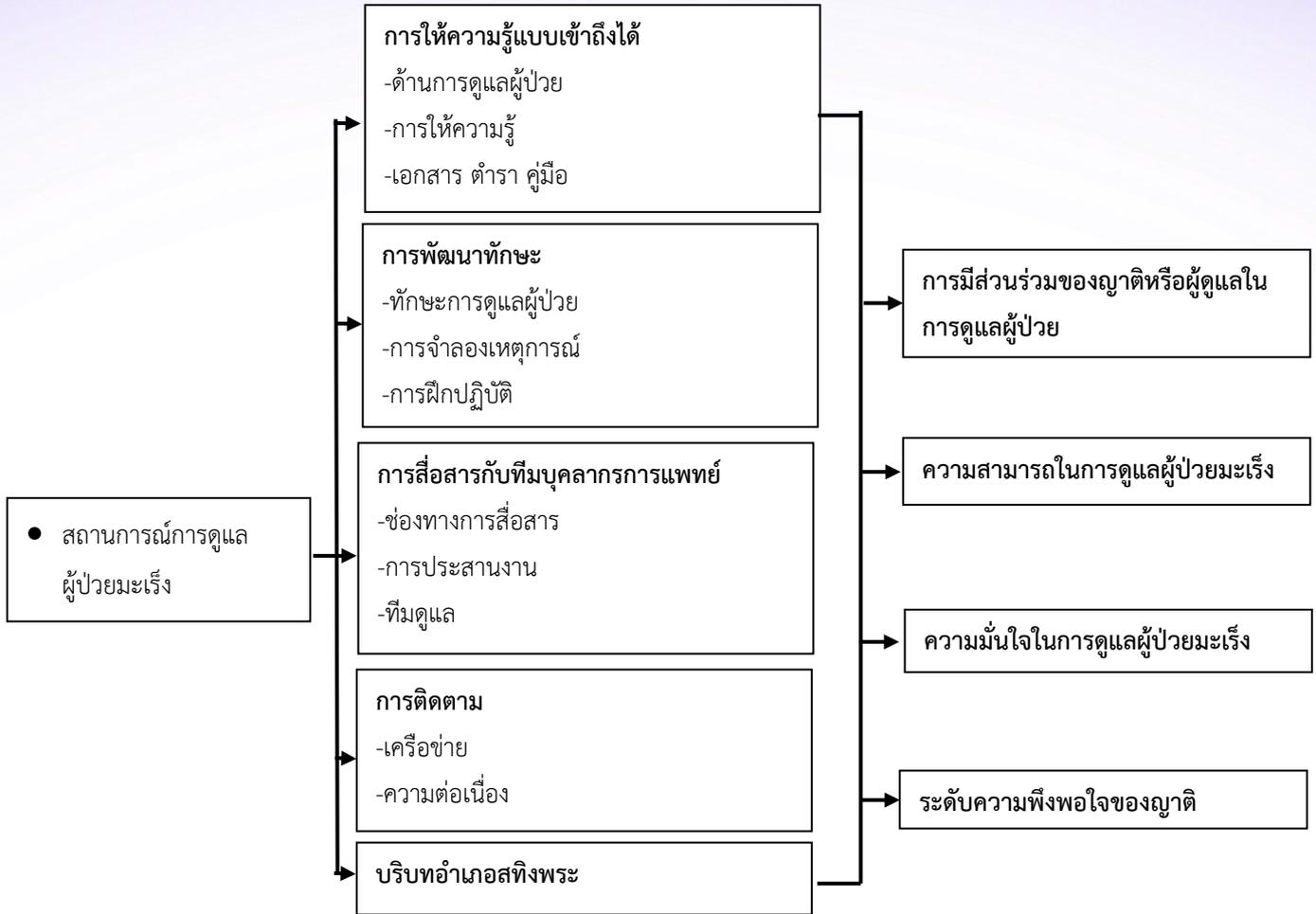
แม้ว่าจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดรูปแบบการดูแลและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังนั้น การวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในด้านการพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลอย่างยั่งยืนและการพัฒนาระบบสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกมิติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อําเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อําเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อําเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ 4 ทฤษฎีในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มบทบาทของญาติ/ผู้ดูแล ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เพื่อออกแบบการอบรมให้เหมาะสม ทฤษฎีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ผู้ป่วย-ผู้ดูแล และทฤษฎีการพัฒนาตนเอง เพื่อเสริมความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลสงขลา เลขที่ 2024-Nrt-On3-1039 แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ ใช้การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาสภาพจริงของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแล เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ออกแบบเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับญาติผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ เพื่อจัดทำร่างรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วม จากนั้นจึงนำเสนอร่างรูปแบบต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบท

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบดำเนินการทดลองใช้และประเมินความแตกต่างด้านความสามารถและความมั่นใจในการดูแล ตลอดจนความพึงพอใจต่อรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา จำนวน 120 คน

ตามการจําแนกกลุ่มโรค ICD-10 ในหมวด C00-D48 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสทิงพระ กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง กำหนดประเด็นและวัตถุประสงค์การทบทวน 3 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแล, การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการพัฒนาตัวแบบ ตั้งคำถามหลักในการทบทวน กำหนดแหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูล ThaiJo, Google Scholar และ CINAHL Plus with Full Text กำหนดเกณฑ์คัดเลือก และประเมินคุณภาพเอกสารด้วยกระบวนการ critical appraisal โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแล ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ทำการรักษาที่โรงพยาบาลสทิงพระ 70 คน กำหนดคุณสมบัติคือ มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 ยกร่างรูปแบบ เป็นผู้เชี่ยวชาญหรือบุคคลที่มีความรู้เฉพาะด้านที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คัดเลือกแบบเจาะจง 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน อาจารย์ 1 คน

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มสหวิชาชีพ จำนวน 8 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด และประธาน อสม. โดยกำหนดคุณสมบัติว่าต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกได้ 2) กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 100 คน คัดเลือกแบบหลายขั้นตอนในพื้นที่ตำบลจะทิ้งพระ ตำบลบ่อแดง และตำบลบ่อदान และคัดเลือกกลุ่มย่อยเพื่อทดลองใช้รูปแบบ 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า เช่น มีประสบการณ์ดูแลเกิน 1 ปี และยินยอมเข้าร่วม ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ การเสียชีวิตของผู้ป่วยหรือมีเหตุจําเป็นต้องถอนตัว 3) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 5 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เช่น แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ใช้แบบบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแล ใช้แบบสอบถามประเมินระดับการมีส่วนร่วม ความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจในการดูแล 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ความสามารถในการดูแล จำนวน 20 ข้อ (3 ด้าน)

ตอนที่ 2 ความมั่นใจในการดูแล จำนวน 10 ข้อ (2 ด้าน)

ใช้มาตราส่วนประเมินพฤติกรรม 5 ระดับ พร้อมเกณฑ์แปลผลตามแนวของ Best & Khan (1993) เพื่อจัดระดับผลกระทบต่อการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ยกร่างรูปแบบ ใช้แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้และประเมินผล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งนำไปทดลองใช้จริงเป็นระยะเวลา 12 เดือน (2 วงรอบการพัฒนา)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม 2) แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบพัฒนาจากแนวคิดของ Stufflebeam (Stufflebeam, 1989) จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่

อรรถประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และ ความถูกต้อง ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best & Khan (1993) 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล ตามแนวคิด SERVQUAL (PZB Model) ประเมิน 5 มิติของ คุณภาพบริการ ได้แก่ Tangibles, Reliability, Responsiveness, Assurance และ Empathy มีทั้ง คำถามปลายปิดแบบมาตราส่วน 5 ระดับ และคำถาม ปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย มะเร็ง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความ สอดคล้องของแนวคำถามการอภิปรายกลุ่มและแบบ บันทึกรวบรวมข้อมูลกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติหรือ ผู้ดูแล ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.89

ขั้นตอนที่ 3 ยกร่างรูปแบบ การตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index - CVI) 0.80 ขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้และประเมินผล ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.89 และค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย มะเร็ง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จาก เอกสารที่คัดเลือก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้น จากประเด็นการศึกษาที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติหรือ ผู้ดูแล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านระบบออนไลน์

ขั้นตอนที่ 3 ยกร่างรูปแบบ ผู้วิจัยทำการ รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จัดบันทึกประเด็นที่ได้ แล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนจบการ อภิปรายกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้และประเมินผล ผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในการทดลองใช้รูปแบบ เป็นระยะเวลา 12 เดือน (2 วนรอบการพัฒนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย มะเร็ง ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อระบุธีมหลักที่ค้นพบจากการทบทวน และเกิดขึ้น จากการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติหรือ ผู้ดูแล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ขั้นตอนที่ 3 ยกร่างรูปแบบ ผู้วิจัยใช้การ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดกลุ่มคำตอบที่มีเนื้อหา ใกล้เคียงกัน สรุปเป็นหมวดหมู่หรือธีมหลัก เพื่อ สะท้อนปัจจัยและข้อคิดเห็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ ประเด็นการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้และประเมินผล ใช้สถิติ เชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบก่อนและหลังการ ทดลองในแต่ละกลุ่ม Paired Sample t-test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อําเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา

สถานการณ์โรคมะเร็งในอําเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย ชนิดมะเร็งที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเพศชาย ขณะที่ใน เพศหญิงพบมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกเป็น หลัก สาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่มีความ เสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการได้รับสารพิษจาก

สิ่งแวดล้อม ประกอบกับการขาดการตรวจคัดกรอง ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการวินิจฉัยเมื่ออยู่ในระยะลุกลาม ระบบบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ยังมีข้อจำกัด โรงพยาบาลสติงพระให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระดับเบื้องต้นเท่านั้น การรักษาเฉพาะทางต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หรือโรงพยาบาลหาดใหญ่ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ยังไม่เพียงพอ ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการติดตามอาการและการดูแลต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูลและบริบทพื้นที่ พบประเด็นปัญหาหลัก ดังนี้

1) ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลเพื่อรับบริการเฉพาะทาง ทำให้บางรายขาดความต่อเนื่องในการรักษาและนัดหมาย เกิดภาระค่าใช้จ่ายสูง ขณะเดียวกันโรงพยาบาลชุมชนไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบวงจร

2) ญาติผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล ญาติผู้ดูแลจำนวนมากไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการดูแล เช่น การจัดการผลข้างเคียง การให้โภชนาการ และการเฝ้าระวัง

อาการ การสนับสนุนจากโรงพยาบาลในรูปแบบของการอบรมหรือช่องทางให้คำปรึกษาอย่างไม่เป็นระบบ

3) ภาระด้านจิตใจและเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลมักประสบความเครียดสะสม มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟและซึมเศร้า นอกจากนี้ภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้บางครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ หรือขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

4) การขาดระบบสนับสนุนจากชุมชนและภาครัฐ พื้นที่ยังขาดกลไกชุมชนที่เข้มแข็ง เช่น กลุ่มช่วยเหลือหรืออาสาสมัครที่ให้ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการสนับสนุนจากภาครัฐยังเน้นที่กระบวนการรักษามากกว่าการดูแลระยะยาวหรือระบบติดตามหลังการรักษา

สถานการณ์ข้างต้นสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม และการเสริมสร้างบทบาทของญาติผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ นำมาสู่การศึกษาความสามารถและความมั่นใจของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบก่อน - หลังการพัฒนาารูปแบบ ด้านความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของญาติหรือผู้ดูแล

	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย						
การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องระยะยาว	4.14	.594	4.36	.400	3.949	<.001
การดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการ	4.30	.655	4.46	.433	2.593	.015
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	4.11	.498	4.30	.369	3.862	<.001
รวม	4.08	.479	4.37	.346	7.819	<.001
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย						

	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องระยะยาวและเฝ้าระวังติดตามอาการ	3.29	.463	4.27	.405	9.516	<.001
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	3.47	.361	4.16	.434	6.193	<.001
รวม	3.38	.282	4.21	.355	9.947	<.001

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติหรือผู้ดูแลในทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องระยะยาว ($t = 3.949, p < .001$) การดูแลเพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการ ($t = 2.593, p = .015$) และการจัดการอาการ ($t = 3.862, p < .001$) รวมถึงคะแนนรวมด้านความสามารถเพิ่มจาก 4.08 เป็น 4.37 ($t = 7.819, p < .001$) ขณะเดียวกัน ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 3.38 เป็น 4.21 ($t = 9.947, p < .001$) สะท้อนว่าการพัฒนาารูปแบบที่ดำเนินการมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างทั้งความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของญาติหรือผู้ดูแล

2. รูปแบบการส่งเสริม

จากการศึกษาในขั้นตอนแรกและขั้นตอนที่สอง ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากพื้นที่จริง และนำเข้าสู่กระบวนการอภิปรายกลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์พยาบาล อาจารย์ และบุคลากรที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อยกร่างรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลยุทธ์หลัก ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและแนวทางการดูแล การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการสร้างช่องทางให้เข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ ยกร่างรูปแบบและทดลองใช้รูปแบบในโรงพยาบาลสังขละบุรีเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบข้อจำกัดหลาย

ประการ ได้แก่ ญาติบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอบรมได้ครบถ้วน ขาดความมั่นใจในการรับมือกับภาวะเฉียบพลัน ช่องทางการติดต่อบุคลากรสุขภาพยังไม่สะดวก ไม่มีระบบประเมินผลที่ชัดเจน และความแตกต่างของภูมิหลังของญาติในด้านภาษา ความเข้าใจ และทักษะ ส่งผลให้การใช้รูปแบบยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

จากข้อค้นพบเหล่านี้ จึงนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบในวงรอบที่ 2 โดยออกแบบให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับบริบท และตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่มของญาติผู้ดูแลในพื้นที่จริง จึงนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบเพื่อให้มีความสมบูรณ์และตอบสนองต่อความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการวิเคราะห์นำไปสู่การออกแบบรูปแบบที่มีชื่อว่า CARE-S Model ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การสื่อสารกับทีมสุขภาพ (C), การให้ความรู้ที่เข้าถึงได้ (A), การพัฒนาทักษะการดูแล (R), ระบบติดตามผลการมีส่วนร่วม (E) และการปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ (S) ดังนี้

1) การสื่อสารกับทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Communication: C) การสร้างระบบสื่อสารที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย เพื่อให้ญาติสามารถสอบถาม รับคำแนะนำ และติดตามการรักษาได้สะดวก ได้แก่ (1) Line Official Account ของหน่วยบริการ ใช้ส่งข้อมูล การตอบคำถามอัตโนมัติ และแจ้งเตือนนัด (2) เบอร์โทรศัพท์ Hotline สำหรับเหตุฉุกเฉิน เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางยา อาการเฉียบพลัน

(3) นัดปรึกษาออนไลน์ผ่านวิดีโอคอล รองรับการณีที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ (4) มอบหมาย Care Navigator เป็นผู้ประสานงานหลัก ช่วยแปลข้อมูลทางการแพทย์ให้เข้าใจง่าย เชื่อมโยงบริการที่จำเป็น

2) การให้ความรู้แบบเข้าถึงได้ (Accessible Knowledge: A) มุ่งให้ญาติสามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการดูแลผู้ป่วยผ่านช่องทางหลากหลาย ได้แก่ (1) การอบรมแบบ onsite และ online เพื่อรองรับญาติที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและระยะทาง (2) การจัดทำคู่มือที่ใช้ภาษาง่าย สอดแทรกภาพและ QR Code สำหรับเข้าดูวิดีโอแนะนำ (3) การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร เช่น ภาษาใต้ในคู่มือหรือคลิป เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีการศึกษาน้อยเข้าใจง่าย

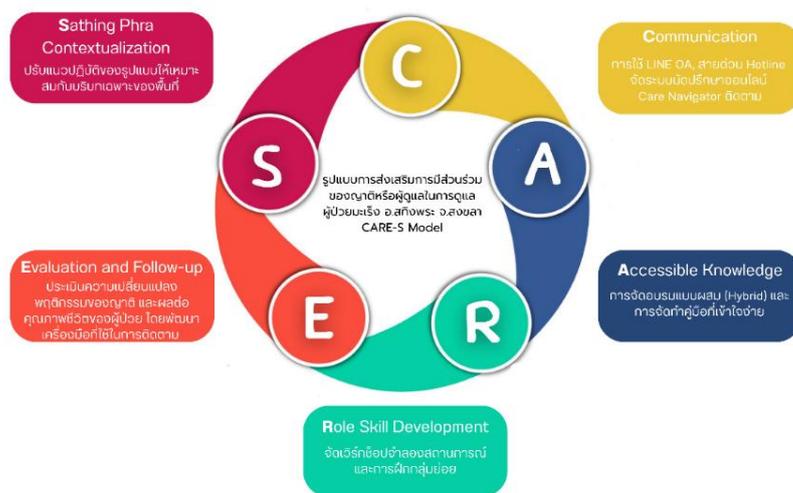
3) การพัฒนาทักษะการดูแล (Role Skill Development: R) เน้นการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ญาติมีความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ (1) เวิร์กช็อปจำลองสถานการณ์ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน อากาศปวด การเตรียมอาหาร (2) การฝึกตัวต่อตัว หรือกลุ่มย่อยสำหรับผู้ดูแลในกรณีซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยระยะท้าย ติดเตียง (3) จัดทำ checklist

การดูแล และแจกสื่อเสริม เช่น mini-manual และวิดีโอสาธิตแบบสั้น

4) ระบบติดตามผลการมีส่วนร่วม (Evaluation and Follow-up: E) พัฒนาเครื่องมือในการติดตามผลอย่างมีระบบ โดยเน้นการประเมินพฤติกรรมและความมั่นใจของผู้ดูแล ได้แก่ (1) แบบประเมินพฤติกรรมดูแล เช่น การให้ยา การติดตามนัด การสื่อสารกับทีมสุขภาพ (2) แบบสอบถามระดับความมั่นใจ ปรับจาก WHO-Caregiver Tools (3) ระบบ before-after และติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อดูผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

5) การปรับให้เหมาะกับบริบทพื้นที่สทิงพระ (Sathing Phra Contextualization: S) พัฒนารูปแบบให้ตอบโจทย์วิถีชีวิต สังคม และทรัพยากรของพื้นที่ ได้แก่ (1) ใช้ช่องทางที่ชาวบ้านคุ้นเคย เช่น Line มากกว่าแอปอื่น (2) ใช้วัตถุดิบท้องถิ่นในการสอนทำอาหาร (3) สื่อสารด้วยภาษาถิ่นเพื่อความเข้าใจ (4) เยี่ยมบ้านแบบไม่เป็นทางการ โดยใช้ อสม. หรือญาติที่มีประสบการณ์ (5) พัฒนาระบบที่เลี่ยงจากญาติที่เคยผ่านการดูแลผู้ป่วย

ดั่งภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อําเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา

3. การประเมินผล

ผู้วิจัยได้ประเมินผลคุณภาพรูปแบบ และความพึงพอใจต่อรูปแบบของกลุ่มญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา ดังนี้

1) ประเมินผลคุณภาพรูปแบบ

โดยผู้วิจัยทำการประเมินผลเชิงคุณภาพรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประยุกต์

จากแนวคิดของ Stufflebeam จำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอรรถประโยชน์ (Utility) 4 ข้อ ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) 4 ข้อ ด้านความเหมาะสม (Propriety) 4 ข้อ และด้านความถูกต้อง (Accuracy) 4 ข้อ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา

ประเด็นการประเมิน	<i>M±SD</i>	การแปลผล
มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์	4.34±0.28	มากที่สุด
มาตรฐานความเป็นไปได้	4.61±0.24	มากที่สุด
มาตรฐานด้านเหมาะสม	4.52±0.22	มากที่สุด
มาตรฐานด้านความถูกต้อง	4.65±0.26	มากที่สุด

จากตาราง พบว่า ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบ ทุกรายการอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านอรรถประโยชน์ ($M = 4.34, SD = 0.28$), ด้านความเป็นไปได้ ($M = 4.61, SD = 0.24$), ด้านความเหมาะสม ($M = 4.52, SD = 0.22$), และด้านความถูกต้อง ($M = 4.65, SD = 0.26$) สะท้อนว่ารูปแบบมีคุณภาพในทุกด้านตามมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ

2. ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา

ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา ($n=30$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา

ประเด็นการประเมิน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ความพึงพอใจ
ด้านการสื่อสารกับทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Communication: C)	4.19	.298	มาก
ด้านการให้ความรู้แบบเข้าถึงได้ (Accessible Knowledge: A)	4.41	.162	มากที่สุด
ด้านการพัฒนาทักษะการดูแล (Role Skill Development: R)	4.38	.070	มากที่สุด
ด้านระบบติดตามผลการมีส่วนร่วม(Evaluation and Follow-up: E)	4.21	.162	มากที่สุด
ภาพรวม	4.28	.234	มากที่สุด

จากตาราง พบว่า ความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ได้แก่ ด้านการให้ความรู้แบบเข้าถึงได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.41 ($SD = 0.162$) สะท้อนว่าผู้ดูแลเห็นว่าการจัดอบรมและคู่มือมีประโยชน์และใช้งานได้จริง ด้านการพัฒนาทักษะการดูแล มีค่าเฉลี่ย 4.38 ($SD = 0.071$) แสดงถึงความพึงพอใจต่อกิจกรรมเวิร์กช็อปและการฝึกปฏิบัติ ด้านระบบติดตามผลการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ย 4.21 ($SD = 0.162$) อยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าการมีแบบประเมินและการติดตามช่วยสนับสนุนการดูแลได้ดี ด้านการสื่อสารกับทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในกลุ่มที่ 4.19 ($SD = 0.298$) แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก แสดงถึงความต้องการปรับปรุงช่องทางและความสะดวกในการสื่อสารเพิ่มเติม โดยรวม ค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ที่ 4.28 แสดงถึงความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการใช้รูปแบบ CARE-S Model ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

อภิปรายผลการวิจัย

ในบริบทของอําเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งสะท้อนถึงปัญหาเชิงระบบที่ซับซ้อน ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะทาง ความเหลื่อมล้ำของข้อมูล การขาดระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง และภาระที่ตกอยู่กับญาติผู้ดูแลโดยตรง ซึ่งมักไม่มีทักษะและความรู้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรครณีอย่างมะเร็ง ข้อมูลภาคสนามแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลจำนวนมากรู้สึกเครียด ขาดความมั่นใจ และไม่ได้รับการสนับสนุนที่เป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่จำเป็น ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิด *System Thinking* (Senge, 1990) ที่ชี้ให้เห็นว่าปัญหามักไม่ได้อยู่ที่ตัวบุคคล แต่เป็นผลลัพธ์จากระบบที่ไม่เชื่อมโยง การออกแบบรูปแบบ CARE-S จึง

มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบใหม่ที่มีวงจรป้อนกลับ (*feedback loop*) เชื่อมระหว่างองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การสื่อสาร การประเมิน และบริบทพื้นที่

จากการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและความมั่นใจของญาติผู้ดูแล พบว่า แม้ผู้ดูแลส่วนใหญ่แสดงบทบาทในการดูแลในระดับมาก แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความมั่นใจ โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับภาวะเฉียบพลันหรืออาการซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับ *Self-Efficacy Theory* ของ Bandura (1997) ที่ระบุว่าความเชื่อมั่นในตนเองมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการปฏิบัติจริง และสามารถพัฒนาได้ผ่านการเรียนรู้ การฝึกฝน และการรับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้แนวคิดเรื่อง *Participation Theory* (Zhang, 2000) ยังช่วยอธิบายว่า การมีส่วนร่วมของญาติจะเกิดขึ้นอย่างแท้จริงเมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีอำนาจ ตัดสินใจ และได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแล ไม่ใช่เพียงผู้ช่วยเหลือ องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นหัวใจของงานการศึกษานี้ สามารถอธิบายผ่าน *Theory of Participation* (Zhang, 2000) ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีบทบาท มีคุณค่า และสามารถแสดงความเห็นหรือปฏิบัติจริงได้ CARE-S Model จึงออกแบบให้ญาติมีช่องทางในการตัดสินใจ สื่อสาร และปฏิบัติจริงผ่านกิจกรรมฝึกทักษะและระบบประเมินผล ทำให้จากเดิมที่ญาติเป็นเพียงผู้ดูแลตามคำสั่ง เปลี่ยนมาเป็นผู้ร่วมดูแลที่มีบทบาทเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เสมสาร และคณะ (2561) ในระดับแนวคิดที่มองญาติไม่ใช่เพียงผู้ช่วยดูแล แต่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในระบบดูแลสุขภาพพระยะยาว

ด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังใช้รูปแบบ สอดคล้องกับ *Adult Learning Theory* (Knowles, 1984; Champarnaud et al., 2020) ที่ชี้ว่า ผู้ใหญ่จะเรียนรู้

ได้ดีเมื่อประสบการณ์ตรงสามารถนำไปใช้ได้ทันที กิจกรรมฝึกทักษะของ CARE-S ไม่ใช่การบรรยาย แต่เป็นการฝึกกลุ่มย่อย เวิร์กช็อปจำลองสถานการณ์ และคู่มือที่เข้าใจง่าย ซึ่งส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงของญาติผู้ดูแลในเชิงปฏิบัติอย่างชัดเจน ขณะเดียวกัน ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นในทุกมิติ ซึ่งสามารถอธิบายด้วย *Self-Efficacy Theory* ของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะส่งผลต่อพฤติกรรม ความเพียรพยายาม และการจัดการกับสถานการณ์ยาก CARE-S สนับสนุน *self-efficacy* ของญาติผ่านการฝึก การรับ *feedback* จากทีมดูแล และการติดตามผลเป็นระยะ การที่ญาติสามารถร่วมวางแผนการดูแล และแสดงบทบาทเชิงรุกในการจัดการอาการ หรือสื่อสารกับทีมสุขภาพ สะท้อนความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนจากผู้ดูแลเฉย ๆ ไปเป็นพันธมิตรในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ *Interdependence Theory* (Thibaut & Streck et al., 2021) ที่อธิบายความสัมพันธ์แบบพึ่งพาซึ่งกันและกันในครอบครัวและสังคมว่าจะเข้มแข็งขึ้นเมื่อมีการแลกเปลี่ยน สนับสนุน และสื่อสารอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริกาญจน์ พูลแก้ว (2563) พบว่า การได้รับความรู้ที่เพียงพอ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว จึงนำไปสู่การออกแบบและพัฒนารูปแบบ “CARE-S Model” ที่มุ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติอย่างเป็นระบบ โดยเชื่อมโยง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การสื่อสารกับทีมสุขภาพ (*Communication*) การให้ความรู้ที่เข้าถึงได้ (*Accessible Knowledge*) การพัฒนาทักษะการดูแล (*Role Skill Development*) ระบบติดตามผล (*Evaluation & Follow-up*) และการปรับใช้ตาม

บริบทของพื้นที่สังขละบุรี (*Sathing Phra Contextualization*)

ซึ่งมีรากฐานจาก *Adult Learning Theory* (Knowles, 1984) ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และ *Interdependence Theory* (Streck et al., 2021) ที่อธิบายความสัมพันธ์แบบพึ่งพาระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลในครอบครัว การพัฒนารูปแบบนี้ยังยึดหลัก *iterative development* โดยใช้ผลจากการทดลองใช้และ *feedback* จากผู้ใช้จริงมาปรับปรุงในวงรอบถัดไปตามหลัก *system-based design* สอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อผกา ปุยขาว และคณะ (2562) ที่มองญาติเป็นผู้มีศักยภาพในการดูแลหากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม และการศึกษาการส่งเสริมบทบาทของญาติ/ผู้ดูแลในบริบทของผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังหรือระยะท้าย โดยใช้ *Advance Care Planning* และกิจกรรมให้ความรู้กับญาติ เพื่อให้มีความพร้อมในการตัดสินใจและดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และสะท้อนแนวคิดที่ว่า ญาติ/ผู้ดูแลคือกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และหากได้รับการพัฒนา จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1) ควรขยายการศึกษารูปแบบ CARE-S ไปยังพื้นที่อื่นที่มีลักษณะประชากรและบริบททางสังคมแตกต่างกัน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า CARE-S Model มีประสิทธิผลในการเพิ่มความสามารถและความมั่นใจของญาติผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอสังขละบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านบริการสุขภาพเฉพาะทาง อย่างไรก็ตาม บริบทของพื้นที่ที่ผลต่อการเข้าถึงบริการ การสื่อสาร และการสนับสนุนจากชุมชน การนำรูปแบบไปทดลองในพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น พื้นที่ในเขตเมือง เขตภูเขา หรือจังหวัดอื่นในภาคเหนือ จะช่วยประเมินความสามารถในการปรับใช้ของรูปแบบ รวมถึงการปรับปรุงองค์ประกอบ CARE-S ให้

มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับวัฒนธรรม ทรัพยากร และระบบสาธารณสุขในบริบทอื่น ๆ ได้มากขึ้น

2) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้รูปแบบ CARE-S Model ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แม้การวิเคราะห์ก่อนและหลังการทดลองใช้จะพบว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพในระยะสั้น แต่การประเมินผลลัพธ์ระยะยาวยังมีความจำเป็น เช่น การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจาก 6 เดือนหรือ 1 ปี การลดความเครียดของญาติผู้ดูแลในระยะยาว และอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค การศึกษาระยะยาวจะช่วยสะท้อนถึงความยั่งยืนของผลกระทบจากการใช้รูปแบบ และสามารถนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ดูแลในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ควรพัฒนาเครื่องมือวัดที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นและรองรับความหลากหลายของญาติผู้ดูแลจากการดำเนินการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีภูมิหลังด้านภาษา การศึกษา และเทคโนโลยีแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำแบบสอบถามหรือการประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ดังนั้น ควรพัฒนาเครื่องมือวัดความสามารถ ความมั่นใจ และความพึงพอใจที่ใช้ภาษาท้องถิ่นหรือสื่อรูปภาพเพื่อช่วยให้กลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการอ่านเขียนสามารถเข้าใจและตอบแบบประเมินได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ควรมีเวอร์ชันที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ และใช้สื่อมัลติมีเดีย เช่น วิดีโอ หรือเสียง เพื่อให้การวัดผลมีความแม่นยำและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ช่อผกา ปุยขาว, อรวรรณ พฤกษ์พงษ์, & วราพร วิชชวรนนท์. (2562). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตใน

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(2), 63–76.

ศิริกาญจน์ พูลแก้ว. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1), 106–118.

ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, & พิชัย จันทร์ศรีวงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(1), 112–126.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *รายงานการวิเคราะห์สถิติผู้ป่วยมะเร็งและการเสียชีวิตในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. <https://www.nso.go.th>

Applebaum, A. J., & Breitbart, W. (2012). Care for the cancer caregiver: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*. <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/abs/care-for-the-cancer-caregiver-a-systematic-review/6264F00C02EBCA0D51BC4C52FC9C0786>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.

Becqué, Y., Wel, M., Aktan-Arslan, M., Driel, A., Rietjens, J., Heide, A., & Witkamp, E. (2023). Supportive interventions for family caregivers of patients with advanced cancer: A systematic review.

- Psycho-Oncology*, 32, 663–681.
<https://doi.org/10.1002/pon.6126>
- Best, J. W., & Khan, J. V. (1993). *Research in education* (7th ed.). Allyn and Bacon.
- Champarnaud, L., & Noel, J. M. (2020). Adult learning and digital health literacy: Empowering caregivers through relevant knowledge. *Journal of Health Education Research & Development*, 38(2), 112–120.
- Kishino, M., Ellis-Smith, C., Afolabi, O., & Koffman, J. (2022). Family involvement in advance care planning for people living with advanced cancer: A systematic mixed-methods review. *Palliative Medicine*, 36, 462–477.
<https://doi.org/10.1177/026921632111068282>
- Knowles, M. S. (1984). *The adult learner: A neglected species* (3rd ed.). Gulf Publishing.
- Mentella, M. C., Scaldaferrri, F., & Ricci, C. (2019). Cancer and Mediterranean diet: A review. *Nutrients*, 11(2059).
<https://doi.org/10.3390/nu11092059>
- Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Doubleday.
- Stadelmaier, N., Assemat, L., Paternostre, B., Bartholome, C., Duguey-Cachet, O., & Quintard, B. (2021). Supporting family members in palliative phases of cancer. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 24, E18–E25. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000827>
- Streck, B. R., Macchi, C. R., O'Donnell, L. M., Liu, T., & Berg, K. A. (2021). Applying interdependence theory to the health context: A review and directions for future research. *Health Psychology Review*, 15(2), 242–260. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718521>
- Stufflebeam, D. L., & Webster, W. J. (1989). Evaluation as an administrative function. In N. J. Madaus, M. S. Scriven, & D. L. Stufflebeam (Eds.), *Evaluation models* (pp. 233–263). Kluwer-Nijhoff.
- Thibaut, J. W., & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. Wiley.
- Ullgren, H., Tsitsi, T., Papastavrou, E., & Charalambous, A. (2018). How family caregivers of cancer patients manage symptoms at home: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 68–79. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.004>
- Zhang, T. (2000). *Participation and empowerment in community development: A theoretical framework* [Doctoral dissertation, University of Minnesota].

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/5531

