

## ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายของผู้ดูแลในโรงพยาบาลบ้านโป่ง

### Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Caregiving Competency among Caregivers of Patients with Terminal Cancer at Banpong Hospital

วาสนา หนูหนักดี\*

Wasana Noonpukdee

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Medical Nursing Unit, Nursing Division, Banpong Hospital, Ratchaburi

(Received: March 18, 2026; Revised: April 20, 2026; Accepted: April 21, 2026)

#### บทคัดย่อ

**ที่มาของปัญหา:** มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศไทย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านมักประสบปัญหาการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง และความเครียดจากการดูแล การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาตามแนวคิดของแบนดูรา ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

**ผลการศึกษา:** ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.91$ ,  $SD=0.62$ ) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ( $\bar{x}=4.22$ ,  $SD=0.54$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=12.16$ ,  $p<.001$ ) คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.83$ ,  $SD=0.65$ ) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ( $\bar{x}=4.29$ ,  $SD=0.51$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=12.70$ ,  $p<.001$ )

**สรุป:** โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลได้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านและเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในบริบทอื่น ๆ

**คำสำคัญ:** การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง  
ผู้ดูแล

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wasana.banpong@example.com)

## Abstract

**Background:** Cancer is the leading cause of death in Thailand. Caregivers of terminally ill cancer patients at home often face challenges including lack of knowledge and skills in patient care, low confidence in their abilities, and stress from caregiving. Enhancing self-efficacy is a crucial strategy for developing caregivers' competency.

**Objective:** To compare mean self-efficacy scores and caregiving competency scores among caregivers of patients with terminal cancer before and after participating in a self-efficacy enhancement program.

**Methods:** A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was conducted with 30 caregivers of patients with terminal cancer at Banpong Hospital. Participants received a self-efficacy enhancement program developed based on Bandura's self-efficacy theory, consisting of four sessions over six weeks. Data were collected using a self-efficacy scale and a caregiving competency assessment tool. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

**Results:** Caregivers' mean self-efficacy scores increased significantly from a moderate level before the program ( $\bar{x} = 2.91$ ,  $SD = 0.62$ ) to a high level after the program ( $\bar{x} = 4.22$ ,  $SD = 0.54$ ) ( $t = 12.16$ ,  $p < .001$ ). Mean caregiving competency scores also increased significantly from a moderate level ( $\bar{x} = 2.83$ ,  $SD = 0.65$ ) to a high level ( $\bar{x} = 4.29$ ,  $SD = 0.51$ ) ( $t = 12.70$ ,  $p < .001$ ).

**Conclusion:** The self-efficacy enhancement program improved both self-efficacy and caregiving competency among caregivers of patients with terminal cancer. These findings can be applied to enhance the quality of home-based palliative care and may serve as a framework for developing caregiver support programs in other contexts.

**Keywords:** Self-efficacy, Caregiving competency for patients with terminal cancer, Palliative care, Caregivers

## บทนำ

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 10 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง จากรายงานสถิติสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งกว่า 80,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>2</sup> ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ<sup>3</sup> การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงเป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต<sup>4</sup> องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ควรได้รับ<sup>5</sup> และกระทรวงสาธารณสุขไทยได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่เหมาะสม<sup>6</sup>

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ได้อยู่ท่ามกลางคนที่รัก และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี<sup>7</sup> จากการศึกษาหน่วยบริการ 76 หน่วย ใน 14 ประเทศ พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านโดยผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง และการขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมส่งผลเสียต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล<sup>8</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมด้านการดูแลสุขภาพมาก่อน<sup>9</sup> และต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งการจัดการอาการทางกาย การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การจัดการเรื่องยา และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา<sup>10</sup> ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านมักประสบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง และความเครียดรวมถึงภาระจากการดูแล<sup>11</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 42.3 และความวิตกกังวลถึงร้อยละ 46.55 ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ<sup>12</sup> ประเด็นสำคัญคือ การที่ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่ความทุกข์ทางจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแล<sup>13</sup>

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา<sup>14</sup> เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ให้สำเร็จ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรม ความพยายาม และความอดทนในการเผชิญอุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสถานะทางกายและอารมณ์ การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ดังที่ Hebdon และคณะ<sup>15</sup> พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการทำหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้ ปรารธนา กันทอน และเกษร สำเภาทอง<sup>16</sup> พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kajiwara และคณะ<sup>17</sup> ที่พบว่าการสนับสนุนจากพยาบาลผ่านกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะมีบทบาทสำคัญในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงการศึกษาของ Chow และคณะ<sup>13</sup> ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความทุกข์ทางจิตใจของผู้ดูแล

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในต่างประเทศอยู่บ้าง แต่ถึงขาดโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาและทดสอบในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทยที่มีทรัพยากรจำกัดและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีพื้นฐานด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลต้องรับมือกับทั้งความซับซ้อนของอาการทางกายและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในเวลาเดียวกัน จึงจำเป็นต้องมีโปรแกรมที่ออกแบบเฉพาะสำหรับบริบทนี้

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 410 เตียง ที่มีหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติของหน่วยงานพบว่า ในปี พ.ศ. 2566-2567 มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจำนวน 250 และ 258 ราย ตามลำดับ<sup>18</sup> จากการประเมินสถานการณ์เบื้องต้นโดยพยาบาลประจำหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านส่วนใหญ่มีความกังวลและไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องการจัดการอาการปวด อาการเหนื่อยหอบ การดูแลแผลกดทับ และการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ<sup>18</sup> นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่บ้านได้ รวมทั้งคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยพยาบาลยังไม่ได้มาตรฐานตามที่สภาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยกำหนด โดยเฉพาะในด้านเนื้อหาความรู้และกระบวนการถ่ายทอดที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะสุดท้าย<sup>20</sup>

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลในโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดुरา<sup>14</sup> ร่วมกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง<sup>6</sup> เพื่อเพิ่มความมั่นใจและทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

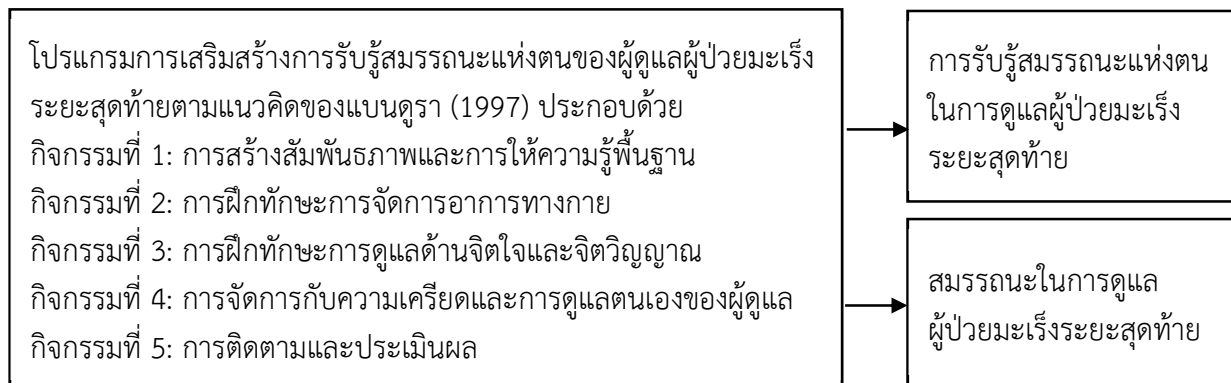
## สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดुरา (Bandura's self-efficacy theory)<sup>14</sup> เป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแล โดยเชื่อว่าบุคคลจะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จาก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางกายและอารมณ์ (physiological and affective

states) เป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 5 กิจกรรม ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 120 คน (โรงพยาบาลบ้านโป่ง, 2568)<sup>19</sup>

ในการวิจัยครั้งนี้ นิยาม ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือระยะแพร่กระจาย (ระยะที่ 3 หรือ 4) ร่วมกับการพยากรณ์โรคว่ามีชีวิตอยู่ไม่เกิน 6 เดือน โดยการประเมินของแพทย์ผู้รักษา และ/หรือมี Performance status ตามเกณฑ์ Palliative performance Scale (PPS)  $\leq 50\%$  ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุข<sup>6</sup>

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามนิยามข้างต้น
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส บุตร พี่น้อง หรือญาติที่ใกล้ชิด
4. ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียน
6. มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

### เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา
2. ผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน
3. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม

## การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนหลังการทดลอง ด้วยโปรแกรม G\*Power version 3.1.9.4 ใช้ Test for mean, difference between two dependent means (matched pairs) โดยได้ใช้ค่ากลางในการศึกษากำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.58 (อ้างอิงการศึกษาปรารถนา กันทอน และ เกษร สำเภาทอง)<sup>16</sup> เรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) ที่ .05 สำหรับใช้ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่าง 24 ราย เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นได้ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแล เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา<sup>14</sup> โดยจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมแหล่งสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อนหน้านี้ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.2 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา<sup>14</sup> และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)<sup>6</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลด้านร่างกาย (10 ข้อ) ด้านการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม (5 ข้อ) ด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ (3 ข้อ) ด้านการจัดการยาและการรักษา (4 ข้อ) และด้านการดูแลตนเองของผู้ดูแล (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5 = มั่นใจมากที่สุด ถึง 1 = มั่นใจน้อยที่สุด) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ของเบสท์<sup>21</sup> ดังนี้ 1.00-2.33 = ระดับต่ำ, 2.34-3.67 = ระดับปานกลาง, 3.68-5.00 = ระดับสูง

2.3 แบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP, 2018) และแนวทางการพยาบาลของสภาการพยาบาล<sup>20</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน เช่นเดียวกับแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (5 = ปฏิบัติทุกครั้ง ถึง 1 = ไม่เคยปฏิบัติ) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ของเบสท์<sup>21</sup> ดังนี้ 1.00-2.33 = ระดับต่ำ, 2.34-3.67 = ระดับปานกลาง, 3.68-5.00 = ระดับสูง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน

และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ดังนี้ 1) โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 2) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98

2. ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.95

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยผู้วิจัยติดต่อประสานงาน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อได้รับอนุญาตจากหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้วิจัยคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยติดต่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างโดยการโทรศัพท์หรือประสานงานผ่านทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย จัดกิจกรรม 4 ครั้งในระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม ณ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ มีขั้นตอนดังนี้

#### ขั้นตอนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย สิทธิและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยให้มีเวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ

2. ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มยินยอม ให้ทำการวิจัย (informed consent form) โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-สกุล ข้อมูลนำมาเฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะภาพรวมเท่านั้น

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

4. ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

จัดกิจกรรมครั้งที่ 1 "การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้พื้นฐาน" (120 นาที) ณ ห้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยรวมกลุ่มผู้ดูแลจำนวน 10 คนต่อกลุ่ม และดำเนินการ 3 กลุ่ม และมอบหมายให้ผู้ดูแลศึกษาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน และบันทึกคำถามหรือข้อสงสัย

จัดกิจกรรมครั้งที่ 2 "การฝึกทักษะการจัดการอาการทางกายและการฝึกทักษะการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ" (120 นาที) ณ ห้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลบ้านโป่ง

- ตอบคำถามและข้อสงสัยจากการศึกษาคู่มือในสัปดาห์ที่ 1
- สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการอาการทางกายที่พบบ่อย
- มอบหมายให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลที่บ้านและบันทึกลงในแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม
- ฝึกทักษะการสื่อสารและการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
- มอบหมายให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสารและการดูแลด้านจิตใจที่บ้าน

ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลเป็นรายบุคคล (30-45 นาที/ราย) เพื่อติดตามการนำความรู้และทักษะการจัดการอาการทางกายไปใช้ในสถานการณ์จริง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม แก้ไขเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง และเสริมแรงทางบวกเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและประเมินปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย

จัดกิจกรรมครั้งที่ 3 "การจัดการกับความเครียดและการดูแลตนเองของผู้ดูแล" (120 นาที) ณ ห้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลบ้านโป่ง

- ทบทวนประสบการณ์การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
- สอนและฝึกปฏิบัติเทคนิคการจัดการความเครียดของผู้ดูแล
- ร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองและการขอความช่วยเหลือ
- มอบหมายให้ผู้ดูแลฝึกเทคนิคการจัดการความเครียดที่บ้านและบันทึกระดับความเครียดก่อนและหลังฝึกปฏิบัติเทคนิคการจัดการความเครียดของผู้ดูแล

จัดกิจกรรมครั้งที่ 4 เยี่ยมบ้านผู้ดูแลเพื่อประเมินการนำเทคนิคการจัดการความเครียดไปใช้ โดยทบทวนความรู้และทักษะทั้งหมด แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง และให้คำแนะนำเพิ่มเติม และตอบข้อซักถาม

5. ดำเนินการติดตามและให้การสนับสนุนระหว่างการทำทดลอง ดังนี้

การติดตามเยี่ยมบ้าน โดย 1) สัปดาห์ที่ 3 เยี่ยมบ้านผู้ดูแลเพื่อประเมินการนำความรู้และทักษะการจัดการอาการทางกายไปใช้ และ 2) สัปดาห์ที่ 6 เยี่ยมบ้านผู้ดูแลเพื่อประเมินการนำเทคนิคการจัดการความเครียดไปใช้

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดย 1) จัดตั้งช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 6 สัปดาห์ของการทดลอง โดยผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. และโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลทุกราย ในสัปดาห์ที่ไม่มีการเยี่ยมบ้านหรือกิจกรรมกลุ่ม เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย และให้คำแนะนำเพิ่มเติม

การติดตามผ่านกลุ่มไลน์: โดยจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรึกษาปัญหา และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และผู้วิจัยส่งข้อความให้ความรู้และกำลังใจผ่านกลุ่มไลน์สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

6. การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) หลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้แบบวัดแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test ก่อน จากนั้นใช้สถิติ Paired t-test พร้อมรายงานค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval) เพื่อบอกขนาดของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง โครงการวิจัยเลขที่ REC NO.008/2568E ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วม การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจัดเก็บด้วยรหัสแทนชื่อ-สกุล เก็บรักษาไว้ในตู้ล็อกที่ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ และจะทำลายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 5 ปี ผลการวิจัยนำเสนอเฉพาะภาพรวมเท่านั้น

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) มีอายุเฉลี่ย 46.13 ปี (SD=15.56) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และ 51-60 ปี จำนวน 7 คนเท่ากัน (ร้อยละ 23.3) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) มีสถานภาพสมรส จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.0) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.3) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-3 เดือนและมากกว่า 6 เดือน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 4-8 ชั่วโมง และมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 14 คน เท่ากัน (ร้อยละ 46.7) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.3) และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาก่อน จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3)

#### 2. การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.91$ , SD=0.62) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ( $\bar{x}=4.22$ , SD=0.54) คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=12.16$ ,  $p<.001$ , Mean diff=1.31, 95% CI [1.08, 1.54]) โดยด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดคือ ด้านการดูแลด้านร่างกาย ( $t=13.52$ ,  $p<.001$ )

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.83$ ,  $SD=0.65$ ) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ( $\bar{x}=4.29$ ,  $SD=0.51$ ) คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=12.70$ ,  $p<.001$ , Mean diff=1.46, 95% CI [1.22, 1.69]) โดยด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดคือด้านการดูแลด้านร่างกาย ( $t=14.05$ ,  $p<.001$ )

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $n=30$ )

| ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน              | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | Mean diff | t     | p-value |
|-----------------------------------------|--------------|------|--------------|------|-----------|-------|---------|
|                                         | $\bar{x}$    | SD   | $\bar{x}$    | SD   |           |       |         |
| 1. ด้านการดูแลด้านร่างกาย               | 2.85         | 0.64 | 4.28         | 0.52 | 1.43      | 13.52 | <.001*  |
| 2. ด้านการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม | 2.92         | 0.71 | 4.15         | 0.61 | 1.23      | 10.36 | <.001*  |
| 3. ด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ             | 2.78         | 0.83 | 4.02         | 0.69 | 1.24      | 9.05  | <.001*  |
| 4. ด้านการจัดการยาและการรักษา           | 2.95         | 0.69 | 4.32         | 0.58 | 1.37      | 12.10 | <.001*  |
| 5. ด้านการดูแลตนเองของผู้ดูแล           | 3.08         | 0.76 | 4.18         | 0.64 | 1.10      | 8.48  | <.001*  |
| คะแนนรวมทั้งหมด                         | 2.91         | 0.62 | 4.22         | 0.54 | 1.31      | 12.16 | <.001*  |

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $n=30$ )

| ด้านสมรรถนะในการดูแล                    | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | Mean diff | t     | p-value |
|-----------------------------------------|--------------|------|--------------|------|-----------|-------|---------|
|                                         | $\bar{x}$    | SD   | $\bar{x}$    | SD   |           |       |         |
| 1. ด้านการดูแลด้านร่างกาย               | 2.76         | 0.68 | 4.35         | 0.49 | 1.59      | 14.05 | <.001*  |
| 2. ด้านการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม | 2.83         | 0.74 | 4.22         | 0.58 | 1.39      | 11.03 | <.001*  |
| 3. ด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ             | 2.68         | 0.86 | 4.08         | 0.66 | 1.40      | 9.83  | <.001*  |
| 4. ด้านการจัดการยาและการรักษา           | 2.88         | 0.72 | 4.38         | 0.55 | 1.50      | 12.45 | <.001*  |
| 5. ด้านการดูแลตนเองของผู้ดูแล           | 3.02         | 0.79 | 4.25         | 0.61 | 1.23      | 9.11  | <.001*  |
| คะแนนรวมทั้งหมด                         | 2.83         | 0.65 | 4.29         | 0.51 | 1.46      | 12.70 | <.001*  |

### อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา<sup>14</sup> ที่อธิบายว่า การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะทางกายและอารมณ์ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจ

และทักษะของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของปรารธนา กันทอน และเกษร สำเภาทอง<sup>16</sup> ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Hebdon และคณะ<sup>15</sup> ที่พบว่าโปรแกรมฝึกอบรมผู้ดูแลสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

การที่ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการดูแลร่างกาย เป็นผลมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติทักษะจริง ได้รับการเสริมแรงทางบวกเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ได้เห็นตัวอย่างผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จ และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัยและกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและมีที่พึ่งในการปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งโปรแกรมให้ความสำคัญกับการฝึกทักษะการจัดการอาการทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น การจัดการอาการปวด อาการเหนื่อยหอบ และการดูแลแผลกดทับ ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่ผู้ดูแลเผชิญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ<sup>11</sup> ที่พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการทางกายเป็นอันดับแรก อย่างไรก็ตาม ด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณยังคงมีคะแนนต่ำที่สุดแม้จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและต้องอาศัยเวลาในการพัฒนาความเข้าใจและทักษะมากกว่าด้านอื่น ๆ

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผล ได้แก่ 1) ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวโดยไม่มีการควบคุม ทำให้ไม่สามารถตัดผลจากตัวแปรกวนอื่น ๆ ออกได้อย่างสมบูรณ์ 2) ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ( $n=30$ ) และดำเนินการในโรงพยาบาลเดียว ซึ่งจำกัดการสรุปผลสู่กลุ่มประชากรอื่น 3) เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง แม้จะผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว แต่ยังต้องการการทดสอบในกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้น ดังนั้นผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีแนวโน้มในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแล แต่ควรตีความด้วยความระมัดระวัง

สำหรับการวิจัยในอนาคต การพัฒนาโปรแกรมในอนาคตควรเพิ่มเวลาและกิจกรรมในการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณมากขึ้น หรือควรศึกษาผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความเครียดและภาระของผู้ดูแล และควรมีการติดตามผลระยะยาว รวมถึงควรพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ดูแลในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ดูแลในพื้นที่ห่างไกล หรือผู้ดูแลที่มีภาระการทำงาน

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลประจำหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลทั่วไป สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยควรมีพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ดำเนินโปรแกรม ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ และมีทรัพยากรด้านสถานที่สำหรับกิจกรรมกลุ่ม คู่มือสำหรับผู้ดูแล และระบบติดตามทางโทรศัพท์
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมนี้อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน จัดสรรเวลาในตารางปฏิบัติงาน และมีการประเมินผลหลังนำไปใช้จริงอย่างสม่ำเสมอ
3. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล โดยอาจขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตวิญญาณ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย
2. ควรติดตามผลระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อดูความคงทนของผล
3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ความเครียด และภาระการดูแล
4. ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมในรูปแบบดิจิทัลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงสำหรับผู้ดูแลในพื้นที่ห่างไกล
5. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างและบริบทการศึกษาเพื่อทดสอบความสามารถในการนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่น

## สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาตามแนวคิดของแบนดูรา สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ในบริบทของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของโปรแกรมในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่มีกลุ่มควบคุมและขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลการศึกษา

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, นฤมล บุญบางยาง, สายสมร เฉลยกิติ. ประสบการณ์การใช้สัมพันธภาพบำบัดในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2565;14(1):204-213.
4. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Brennan F. Palliative care as an international human right. J Pain Symptom Manage. 2018;55(5):1196-1203.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care). นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2565.
7. Alshakhs S, Park T, McDarby M, Reid MC, Czaja S, Adelman R, et al. Interventions for family caregivers of patients receiving palliative/hospice care at home: a scoping review. J Palliat Med. 2024;27(1):112-27. doi: 10.1089/jpm.2023.0160.
8. Nacak UA, Erden Y. End-of-life care and nurse's roles. Eurasian J Med. 2022;54(Suppl 1):141-4. doi: 10.5152/eurasianjmed.2022.22324.
9. กัมพล อินทรทะกุล, สุรีพร ธนศิลป์, ปิ่นททัย ศุภเมธาวร. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2566;35(2):12-23.

10. Karimi Moghaddam Z, Rostami M, Zeraatchi A, Mohammadi Bytamar J, Saed O, Zenzorian S. Caregiving burden, depression, and anxiety among family caregivers of patients with cancer: an investigation of patient and caregiver factors. *Front Psychol.* 2023;14:1059605. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1059605.
11. เพ็ญศรี จาประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโซ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2564;30(6):1101-11.
12. Bedaso A, Dejen G, Duko B. Depression among caregivers of cancer patients: updated systematic review and meta-analysis. *Psychooncology.* 2022;31(11):1809-20. doi: 10.1002/pon.6045.
13. Chow R, Mathews JJ, Cheng EY, Lo S, Wong J, Alam S, et al. Interventions to improve outcomes for caregivers of patients with advanced cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2023;115(8):896-908. doi: 10.1093/jnci/djad075.
14. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
15. Hebdon MCT, Coombs LA, Crane TE. Self-efficacy in caregivers of adults diagnosed with cancer: an integrative review. *Eur J Oncol Nurs.* 2021;52:101933. doi: 10.1016/j.ejon.2021.101933.
16. ประรณ กันทอน, เกษร สำเภาทอง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลวิชาชีพ [อินเทอร์เน็ต].* 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2569];23(2):14-29. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/252697>
17. Kajiwar K, Kobayashi M, Morikawa M, Kanno Y, Nakano K, Matsuda Y, et al. Nursing support for caregiver burden in family caregivers of patients with cancer: a scoping review. *Am J Hosp Palliat Care.* 2024;41(10):1184-94. doi: 10.1177/10499091231215808.
18. โรงพยาบาลบ้านโป่ง. รายงานประจำปี 2566 หน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2567.
19. โรงพยาบาลบ้านโป่ง. ทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ปีงบประมาณ 2568. ราชบุรี: หน่วยงานการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านโป่ง; 2568.
20. Thailand Nursing and Midwifery Council. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2564.
21. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.