บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (ซีเอพีดี) ในจังหวัดมหาสารคาม

Development of an Empowerment Program for Caregivers of Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) In Mahasarakham Province

ภัทรศรี พิมทา[1] กชณากาญ ดวงมาตย์พล[1] บุญญาดา แสนมี[1] รุจลินทร์ มีเพียร[1] อังคณา เหล่าสะพาน[2]
Pattarasri Pimta[1] Kachanakan Duangmartpol[1] Bunyada Sanmee[1] Rudjarin Meepien[1]
Angkana Laosaphan[2]
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม[2]
Hemodialysis Department, Mahasarakham Hospital[1], Mahasarakham Provincial Public Health Office[2]

(Received: January 29, 2026; Revised: February 25, 2026; Accepted: May 7, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาลักษณะทั่วไป ภาระการดูแล และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ในจังหวัดมหาสารคาม (2) พัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และ (3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความรู้ ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง ภาระการดูแล สุขภาพจิต และความพึงพอใจของผู้ดูแล โดยดำเนินการเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาโปรแกรม (R1–D1) และระยะที่ 2 การนำโปรแกรมไปใช้และประเมินผล (R2–D2)

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย CAPD จำนวน 80 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยโปรแกรมดำเนินการต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติจริง การเสริมสร้างความมั่นใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล และการสนับสนุนต่อเนื่อง เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองใช้ด้วยแบบสอบถามมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47.79 ปี และใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะการดูแล และความมั่นใจในตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว ภาระทางการเงิน และเวลาพักผ่อนส่วนตัวที่ลดลง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการสื่อสารของผู้สอนและการนำไปใช้จริง

สรุปผลการศึกษา โปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่พัฒนาจากความต้องการจริงของชุมชนและบูรณาการแนวคิดการเสริมพลังอำนาจร่วมกับความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล ลดภาระการดูแล และส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิผล ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ : “โปรแกรมเสริมพลังอำนาจ”, “ผู้ดูแลผู้ป่วย”, “การล้างไตทางช่องท้อง”, “ภาระการดูแล”

Abstract

This research and development study aimed to: (1) examine the characteristics, caregiving burden, and needs of caregivers of patients receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) in Mahasarakham Province; (2) develop a caregiver empowerment program appropriate to the community context; and (3) evaluate the effectiveness of the program on caregivers’ knowledge, caregiving skills, self-efficacy, caregiving burden, mental health, and satisfaction. The study employed a two-phase Research and Development (R&D) design consisting of Phase I: situation analysis and program development (R1–D1), and Phase II: program implementation and evaluation (R2–D2).

The participants were 80 primary caregivers of CAPD patients selected through purposive sampling. The six-week program included key activities: knowledge enhancement, practical skills training, confidence building, peer learning, and continuous support. Data were collected before and after the intervention using structured questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

The findings revealed that most caregivers were female, with a mean age of 47.79 years, and provided care for more than eight hours per day. After participation in the program, mean scores for knowledge, caregiving skills, and self-efficacy significantly increased ($p < .001$). In contrast, mean scores for stress, loneliness, financial burden, and reduced personal leisure time significantly decreased ($p < .05$). Overall satisfaction with the program was rated at the highest level, particularly regarding instructor communication and practical applicability.

Conclusion: The caregiver empowerment program for CAPD patients, developed from real community needs and integrating empowerment and self-efficacy concepts, effectively enhanced caregiver capacity, reduced caregiving burden, and promoted psychological well-being. The program should be integrated into primary healthcare services and expanded to other settings with similar contexts.

Keywords: “empowerment program”, “caregivers”, “continuous ambulatory peritoneal dialysis”, “caregiver burden”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pui_patara@hotmail.com)

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย สถิติล่าสุดจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย[1] พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 180,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 15,000–20,000 ราย สะท้อนปัญหาและภาระโรคไตเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ[2] โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD)

ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบาย PD First Policy เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงการล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถดำเนินการรักษาที่บ้าน ลดความแออัดของหน่วยไตเทียม ลดค่าใช้จ่ายทางอ้อม และลดภาระการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลหลายครั้งต่อสัปดาห์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล[3] อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการรักษาด้วย CAPD มิได้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลประจำวันอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร พี่น้อง หรือญาติใกล้ชิด ซึ่งต้องรับผิดชอบในการเตรียมอุปกรณ์ ดูแลความสะอาด เปลี่ยนน้ำยาล้างไต เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการผิดปกติ ติดตามโภชนาการ และประสานงานกับทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง หากผู้ดูแลขาดความรู้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง (Peritonitis) การอุดตันของสายล้างไต หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล[4,5]

ในพื้นที่ชนบท ผู้ดูแลมักเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งเวลา รายได้ การประกอบอาชีพ และโอกาสเข้าถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานสุขภาพ การศึกษาของ Seangpraw และ Ong-Artborirak (2020) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทภาคเหนือของไทยมากกว่าร้อยละ 70 ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และส่วนใหญ่มีความเครียดเรื้อรัง เหนื่อยล้าทางอารมณ์ และรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม[6] สอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์และคณะ ที่รายงานว่าผู้ดูแลระยะยาวมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟ (burnout) สูง โดยร้อยละ 62 มีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง และร้อยละ 48 มีอาการนอนไม่หลับจากความกังวลด้านเศรษฐกิจและภาระครอบครัว[7] แม้ระบบบริการสุขภาพจะมีการอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแล CAPD ก่อนกลับบ้าน แต่ส่วนใหญ่เน้นการถ่ายทอดข้อมูลเชิงทฤษฎีในระยะสั้น ขาดระบบการติดตามต่อเนื่องและการเสริมสร้างศักยภาพในระยะยาว ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายยังรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือไม่สามารถจัดการปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalpesh et al. (2025) และ Senthur และ Seshadri (2025) ที่พบว่า การฝึกอบรมผู้ดูแล CAPD อย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มความถูกต้องของการปฏิบัติ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเกิด peritonitis ได้อย่างมีนัยสำคัญ[8,9]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน นิยมใช้กรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์และการพัฒนาศักยภาพบุคคล เช่น self-management, social support, family-centered care, empowerment และ self-efficacy โดยเฉพาะแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่าง

กว้างขวางว่าสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน[10,11] ซึ่งแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson กล่าวว่า บุคคลจะเกิดพลังในการจัดการชีวิตเมื่อได้รับโอกาสเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รับรู้คุณค่าในตนเอง และเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น การเสริมพลังจึงมิใช่เพียงการให้ข้อมูล แต่เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถภายในเพื่อให้บุคคลควบคุมสถานการณ์ของตนได้ดีขึ้น[12] ในขณะที่ทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของ Bandura กล่าวว่า หากบุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่งได้สำเร็จ จะมีแนวโน้มเริ่มต้นพฤติกรรม พยายามต่อเนื่อง และอดทนต่ออุปสรรคมากกว่า[13] จุดเด่นของการบูรณาการสองแนวคิดนี้ คือ การนำแนวคิดของ Gibson มาช่วยเสริมพลังภายในและอำนาจในการจัดการตนเอง และนำแนวคิดของ Bandura มาช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการลงมือปฏิบัติจริง และเมื่อนำมาใช้ร่วมกันจึงครอบคลุมทั้งมิติด้านจิตใจ พฤติกรรม และความยั่งยืนในบทบาทของผู้ดูแล งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวสามารถลดภาระผู้ดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิต และเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ[11,14]

ในจังหวัดมหาสารคาม ผู้ป่วย CAPD จำนวนมากอาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองและชนบท ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหลัก ขณะที่ทรัพยากรบริการสุขภาพเฉพาะทางมีจำกัด ผู้ดูแลบางรายต้องเดินทางไกล มีรายได้ไม่แน่นอน และมีภาระในการดูแลสมาชิกครอบครัวหลายคนพร้อมกัน จากการปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียม พบว่า ผู้ดูแลจำนวนหนึ่งยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติขั้นตอนล้างไต ไม่แน่ใจเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และมีความเครียดสะสมจากภาระระยะยาว สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนช่องว่างสำคัญของระบบบริการที่ควรพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นรูปธรรม แม้จะมีการอบรมเบื้องต้นแก่ผู้ดูแลก่อนกลับบ้านอยู่แล้ว แต่รูปแบบเดิมมักเน้นการสอนข้อมูลและสาธิตขั้นตอนในช่วงเวลาสั้น ๆ ยังขาดกระบวนการติดตามต่อเนื่อง การสร้างแรงเสริมทางจิตใจ การฝึกแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนจากชุมชน อาจไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย CAPD ในระยะยาวและจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยเชิงพัฒนาในประเทศไทยที่บูรณาการแนวคิด Empowerment ของ Gibson ร่วมกับ Self-efficacy ของ Bandura เพื่อออกแบบโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ในระดับชุมชนจังหวัดมหาสารคามอย่างเป็นระบบ นี่จึงเป็นช่องว่างองค์ความรู้ที่สำคัญ[12,13]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และประเมินผลลัพธ์สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้ในการดูแล (2) ทักษะการดูแล (3) ความมั่นใจในตนเองของผู้ดูแล (4) ภาระและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และ (5) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ซึ่งคาดว่าจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ในจังหวัดมหาสารคามมีปัญหาและความต้องการอย่างไร
2. โปรแกรมเสริมพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นควรมีลักษณะอย่างไร
3. โปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ ลดภาระและผลกระทบด้านสุขภาพจิต และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ดูแลได้หรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องถาวร (CAPD)
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง ภาระการดูแลและสุขภาพจิตของผู้ดูแล รวมทั้งความพึงพอใจต่อโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

กำหนดสมมติฐานการวิจัยในระยะทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรม (R2–D2) ดังนี้

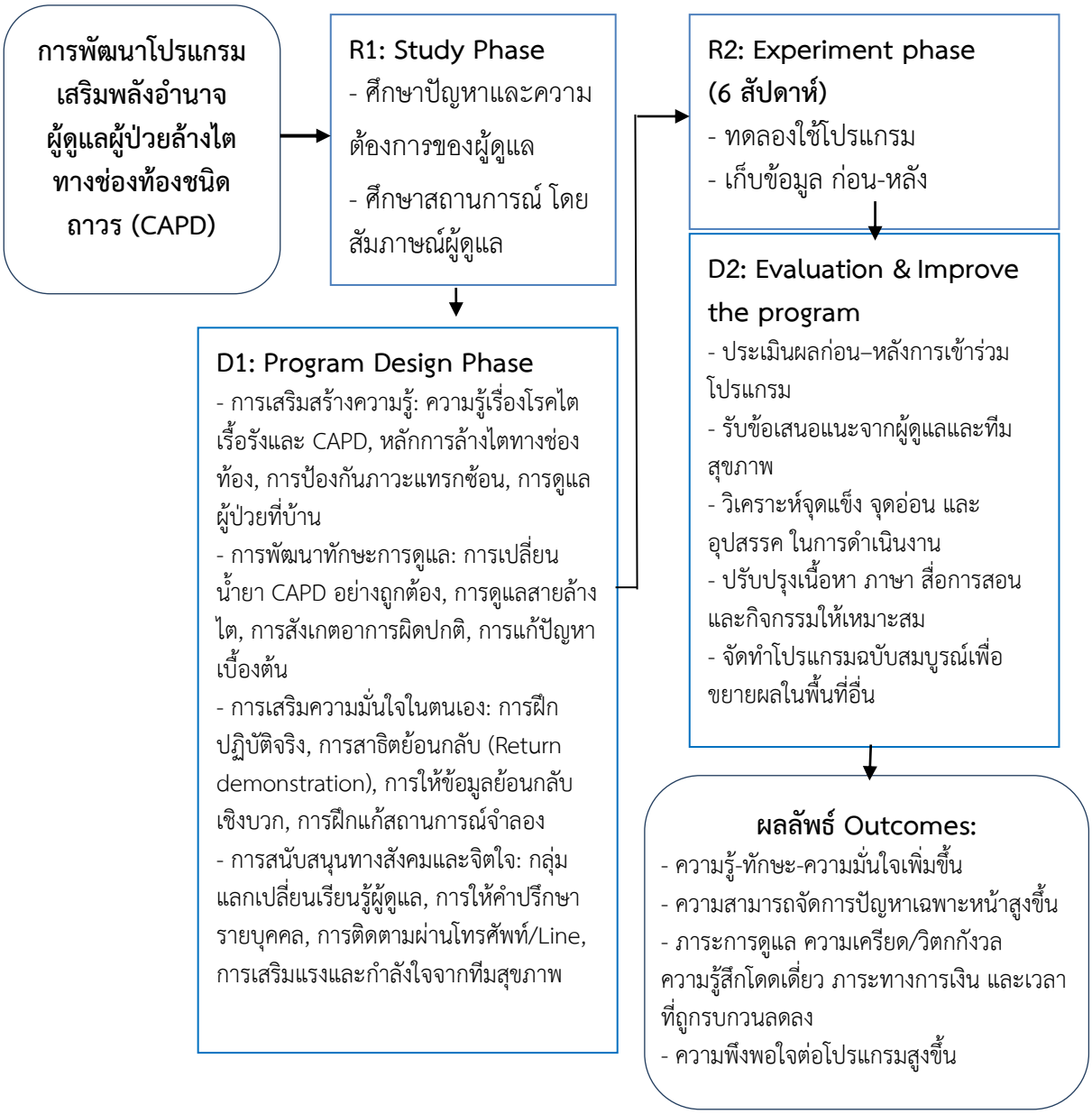
1. ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD ทักษะการดูแล และความมั่นใจในตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล ความเครียด และผลกระทบด้านสุขภาพจิต ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ มีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับสูง

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (CAPD) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในครัวเรือนอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วย CAPD ที่มีผู้ดูแลที่มีบทบาทชัดเจนจำนวน 89 ราย ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายทั้งหมดของการศึกษา
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา: ศึกษาลักษณะทั่วไป ภาระและบริบทของผู้ดูแล และประเมินผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD ทักษะในการดูแล ความมั่นใจในตนเอง (self-efficacy) ภาระและสุขภาพจิต และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา: ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ตามแผนการวิจัยแบบ R&D
4. ขอบเขตด้านพื้นที่: พื้นที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย CAPD จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจโดยบูรณาการแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson และทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของ Bandura เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างมั่นใจ ถูกต้อง และต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 กรอบระยะดำเนินการวิจัยและพัฒนา (R&D)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยดำเนินการเป็น 2 ระยะหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมเบื้องต้น (R1–D1) และระยะที่ 2 การ

ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลโปรแกรม (R2–D2) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 10 เดือน ดังนี้

ระยะที่ 1

1.1 การวิจัยพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรม (R1)

1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามลักษณะทั่วไป ภาระในการดูแล และประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 80 ราย

2) วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ดำเนินการวิเคราะห์บริบท ข้อจำกัด และศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการออกแบบโปรแกรมให้ตรงกับสภาพจริงในชุมชน

1.2 การพัฒนาโปรแกรมเบื้องต้น (D1)

1) ออกแบบโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล CAPD โดยใช้ข้อมูลจาก R1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด Empowerment[12] และแนวคิด Self-Efficacy[13] เพื่อกำหนดโครงสร้างเนื้อหา ระยะเวลา และกิจกรรมในโปรแกรมฯ

2) ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบร่างโปรแกรมฯ เข้าสู่การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรัง ด้านการพยาบาล และด้านสุขภาพชุมชน

ระยะที่ 2

2.1 การทดลองใช้โปรแกรม (R2)

1) นำโปรแกรมฯไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินกิจกรรมเสริมพลังผู้ดูแล CAPD เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ดังตารางที่ 1) ในกลุ่มตัวอย่างเดิมจำนวน 80 คน โดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริม 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความมั่นใจในตนเอง ภาระผู้ดูแล/สุขภาพจิต และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ

2) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยแบบวัด/แบบสอบถาม 6 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD 2) แบบประเมินทักษะ 3) แบบวัดความมั่นใจในตนเอง 4) แบบสอบถามภาระและสุขภาพจิต 5) แบบสอบถามลักษณะทั่วไป 6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 โปรแกรมเสริมพลังอำนาจรายสัปดาห์

สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/เครื่องมือ
ที่ 1 -ปฐมนิเทศและประเมินตนเอง	-สร้างสัมพันธภาพ -ประเมินความต้องการ และเตรียมความพร้อม	-ความรู้เบื้องต้นโรคไตเรื้อรัง CAPD -บทบาทผู้ดูแล	-แนะนำโปรแกรมฯ -สนทนากลุ่ม -ประเมินปัญหา/ความต้องการ -ทำแบบทดสอบก่อนเข้าโปรแกรมฯ	-คู่มือโปรแกรมฯ -แบบสอบถาม -แบบทดสอบก่อนเรียน PowerPoint
ที่ 2 -เสริมสร้าง	-เพิ่มความรู้เรื่องการล้างไตทางช่องท้องและการป้องกัน	-หลักการ CAPD การติดเชื้อเยื่อบุ ช่องท้อง และ	-บรรยายสั้น -ถาม–ตอบ	-สไลด์ -โปสเตอร์

สัปดาห์	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/เครื่องมือ
ความรู้ CAPD	ภาวะ แทรกซ้อน	สัญญาณอันตราย	-กรณีศึกษา -เกมทบทวนความรู้	-วิดีโอ -แผ่นพับ
ที่ 3 -พัฒนาทักษะการดูแล	-เพิ่มทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องและปลอดภัย	-การเปลี่ยนน้ำยาอย่างปลอดเชื้อ -การดูแลสาย Tenckhoff -การบันทึกข้อมูล	-สาธิต -ฝึกปฏิบัติจริง -Return demonstration พร้อม feedback	-ชุดอุปกรณ์ CAPD -หุ่นจำลอง -Checklist ประเมินทักษะ
ที่ 4 -เสริมความมั่นใจในตนเอง	-เพิ่ม self-efficacy และความสามารถแก้ปัญหา	-การจัดการปัญหาเฉพาะหน้า (น้ำยาไม่ไหล ปวดท้อง น้ำหนักขึ้นผิดปกติ)	-Role play ฝึกตัดสินใจ แบ่งกลุ่มแก้สถานการณ์ -ให้กำลังใจเชิงบวก	-Scenario cards -คู่มือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า -แบบประเมินความมั่นใจ
ที่ 5 -การจัดการภาระและสุขภาพจิต	-ลดความเครียด ภาระ และสร้างสมดุลชีวิตผู้ดูแล	-การจัดการเวลาความเครียด -การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน	-กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ -ฝึกผ่อนคลาย -วางแผนแบ่งบทบาทครอบครัว	-แบบประเมินภาระ caregiver burden -ใบงาน -relaxation music
ที่ 6 -สรุปผลและวางแผนต่อเนื่อง	-ทบทวนความรู้ ประเมินผลและวางแผนดูแลระยะยาว	-ทบทวนทุกหัวข้อ -แผนดูแลต่อเนื่อง -ช่องทางปรึกษา	-ทำแบบทดสอบหลังเรียน -ประเมินความพึงพอใจ -สรุปบทเรียน	-แบบทดสอบหลังเรียน -แบบประเมินความพึงพอใจ -คู่มือกลับบ้าน

2.2 การประเมินและปรับปรุงโปรแกรม (D2)

1) วิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงก่อน–หลัง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่า t แบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (paired t-test) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในแต่ละด้าน

2) ปรับปรุงโปรแกรมตามผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเตรียมสำหรับการขยายผลและใช้ในบริบทอื่นที่ใกล้เคียง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือก

ประชากร (Population) ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ในพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดมหาสารคาม ประจำปี พ.ศ. 2567 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระบบ CAPD ทั้งสิ้น 89 ราย (ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2567) โดยในแต่ละรายมีผู้ดูแลหลักประจำครอบครัวที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการดูแลแบบใกล้ชิด

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่เข้าเกณฑ์การมีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติครบถ้วน และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria):

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย CAPD อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีบทบาทดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการฝึกสอน CAPD หรือภายหลังเริ่มทำ CAPD ที่บ้าน
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์ ได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria):

1. ผู้เข้าร่วมจะถูกคัดออกหากมีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
2. เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือเคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน CAPD
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด หรือต้องการถอนตัวระหว่างการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Yamane (1973) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) = 0.05 จากประชากรทั้งหมด 89 คน[15]

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{89}{1 + 89(0.05)^2} = \frac{89}{1 + 0.2225} \approx \frac{89}{1.2225} \approx 72.8$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 73 คน

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการถอนตัวระหว่างการศึกษา (dropout) ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนี้

$$n = 73 + (0.10 \times 73) = 73 + 7.3 \approx 80.3$$

ดังนั้น ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ **รวมทั้งสิ้น 80 คน**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมฯ และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมฯ ใช้สำหรับจัดกิจกรรมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการจัดกิจกรรมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดของ Gibson (1995) และ Bandura (1977) ประกอบด้วยโครงสร้างกิจกรรม 6 สัปดาห์

ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่อง CAPD การจัดการอุปกรณ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสริมแรงทางบวก และการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล

1.2 สื่อการสอนและแบบฝึกปฏิบัติ ได้แก่ แผ่นพับ แผ่นภาพ วิดีโอสาธิต แบบตรวจสอบรายการฝึกทักษะ (Checklist) บัตรคำถาม–คำตอบ และแบบจำลองสถานการณ์

1.3 เครื่องมือกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Peer Support Tool) ได้แก่ แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Group Dialogue Guide) เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนระหว่างผู้ดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้สำหรับประเมินผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ชั่วโมงดูแลต่อวัน และประวัติการอบรม

2.2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 0–20 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้สูง

2.3 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วย CAPD เป็นแบบ checklist พัฒนาโดยทีมวิจัย จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมทักษะที่สำคัญ เช่น การล้างมือ การเชื่อมต่อ/ถอดชุดน้ำยา CAPD การเก็บของเสีย และการประเมินภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น คะแนนรวม 0–15 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีทักษะดี

2.4 แบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย CAPD (Self-efficacy Scale) มาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 15–75 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความมั่นใจสูง

2.5 แบบประเมินภาระและสุขภาพจิตของผู้ดูแล มาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมความเครียด ความโดดเดี่ยว ภาระทางการเงิน และเวลาพักผ่อนที่ลดลง คะแนนสูงแสดงว่ามีภาระสูง

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม มาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมด้านเนื้อหา กิจกรรม วิทยากร การนำไปใช้ และความพึงพอใจโดยรวม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทุกฉบับ ได้แก่ คู่มือโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบประเมินทักษะการดูแล แบบวัดความมั่นใจในการดูแล แบบประเมินภาระและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย (1) อายุรแพทย์โรคไต (2) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และ (3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยเครื่องมือทุกฉบับมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) อยู่ระหว่าง 0.92–1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทำโดยการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาหลัก จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นในแต่ละแบบสอบถาม ดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD ตรวจสอบด้วย KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.82

2.2 แบบประเมินทักษะในการดูแล CAPD เป็นแบบประเมินเช็คลิสต์ ตรวจสอบด้วยการประเมินสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ได้ค่าเท่ากับ 0.88

2.3 แบบวัดความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) ตรวจสอบด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

2.4 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลและสุขภาพจิตใช้มาตรวัดระดับ Likert 5 ระดับ ตรวจสอบด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.86

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสอบถามที่มีโครงสร้างชัดเจน ซึ่งได้จากการเก็บก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วยตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง ภาระการดูแลและสุขภาพจิต รวมทั้งความพึงพอใจต่อโปรแกรม ของผู้ดูแลใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และชั่วโมงในการดูแล วิเคราะห์ด้วยจำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ (one-group pretest–posttest design) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง และภาระการดูแล/สุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Paired t-test ส่วนการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ภายหลังการเข้าร่วม วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งนี้ หากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงการแจกแจงแบบปกติ จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test แทน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากแบบประเมินปลายเปิดและข้อเสนอแนะ ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ รวมถึงการสังเกตภาคสนามของผู้วิจัย ขณะดำเนินกิจกรรมฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 อ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจในภาพรวม

2.2 รวบรวมข้อความหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความพึงพอใจ หรือข้อเสนอแนะ

2.3 จัดกลุ่มเนื้อหาตามหมวดหมู่ (Thematic grouping)

2.4 สรุปแนวโน้มหลักที่สะท้อนถึงมุมมองของผู้ดูแล เช่น ด้านที่ชื่นชอบ ความท้าทายที่พบ และคำแนะนำในการพัฒนาโปรแกรมฯ เพิ่มเติม

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจะถูกนำมาใช้ประกอบการอภิปรายผล และพิจารณาปรับปรุงโปรแกรมฯ ในระยะพัฒนา (D2)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการผ่านเกณฑ์พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์จากคณะกรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 67-01-176 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2567 และกลุ่มตัวอย่าง ตกลงให้ความร่วมมือและลงชื่อในใบยินยอมแล้วผู้ศึกษาจึงจะทำการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอใน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาลักษณะทั่วไปและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD และ ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD

ผลการศึกษาระยะที่ 1: ศึกษาลักษณะทั่วไปและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD (n = 80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	15.00
หญิง	64	80.00
ไม่ต้องการระบุเพศ	4	5.00
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	22	27.50
41 - 50 ปี	16	20.00
51 – 60 ปี	24	30.00
มากกว่า 60 ปี	18	22.50
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด–ค่าสูงสุด) 47.79 ± 14.71 (16 – 69)		
สถานะภาพ		
สมรส	56	70.00
โสด	15	18.75

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หม้าย	8	10.00
หย่า	1	1.25
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	17	21.25
มัธยมศึกษา/ ปวช.	46	57.50
อนุปริญญา/ ปวส.	1	1.25
ปริญญาตรี	9	11.25
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	7	8.75
อาชีพ		
ไม่มี	14	17.50
ทำนา	38	47.50
ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	22	27.50
ราชการ	3	3.75
พระภิกษุ	3	3.75
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
≤5,000บาท	14	17.50
5,001 – 10,000 บาท	27	33.75
10,001 – 20,000 บาท	28	35.00
> 20,000 บาท	11	13.75
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด) 17,619.38± 14,417.11 (4,800 -66,000)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	27	33.75
บุตร/ธิดา	48	66.00
พี่น้อง	2	2.50
ญาติใกล้ชิด	2	2.50
อื่น ๆ (ระบุ)	1	1.25
จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว (รวมทั้ง CAPD)		
1 คน	57	71.25
2 คน	22	27.50
มากกว่า 2 คน	1	1.25
ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วย CAPD		
น้อยกว่า 3 เดือน	10	12.50
3–6 เดือน	26	32.50
6 เดือน – 1 ปี	12	15.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 1 ปี	32	40.00
จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวัน		
2 – 4 ชั่วโมง	2	2.50
5 – 8 ชั่วโมง	19	23.75
มากกว่า 8 ชั่วโมง	59	73.74
ผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวหรือมีผู้ช่วยดูแลร่วมด้วย		
ดูแลเพียงคนเดียว	36	45.00
มีผู้ช่วยดูแล (ระบุ) _____	44	55.00
เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย CAPD มาก่อนหรือไม่		
เคย	76	95.00
ไม่เคย	4	5.00
กระบวนการในการดูแลการล้างไตด้วยตนเอง (CAPD)		
ช่วยผู้ป่วยทุกขั้นตอน	45	56.25
ช่วยบางขั้นตอน (เช่น เตรียมอุปกรณ์)	28	35.00
สังเกตอาการ / ให้คำแนะนำ	7	8.75
ความถี่ในการพบแพทย์เฉพาะทางไต		
ทุก 1 เดือน	5	6.25
ทุก 2-3 เดือน	47	58.75
ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งมาก่อนนัด	28	35.00
การสนับสนุนจากหน่วยงานหรือชุมชนที่ได้รับ		
รพ.สต.	4	5.00
โรงพยาบาลชุมชน/อสม.	8	10.00
ไม่มีการสนับสนุน	1	1.25
มีการสนับสนุนตั้งแต่ 2 แหล่งขึ้นไป	67	83.75

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD จำนวน 80 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 47.79 ปี เป็นบุตรหรือคู่สมรสของผู้ป่วย มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลมากกว่า 1 ปี และใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน สะท้อนภาระการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เกือบทั้งหมดเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ CAPD มาก่อน และส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการสุขภาพหรือชุมชนมากกว่า 1 แห่ง (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาระยะ R1 พบว่า ผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจในการดูแล และมีภาระด้านเวลา เศรษฐกิจ รวมถึงความเครียดจากการดูแลระยะยาว จึงมีความต้องการระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทครอบครัว

ผลการศึกษาระยะ D1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากระยะ R1 มาพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยบูรณาการแนวคิด Empowerment และ Self-efficacy ครอบคลุมการเสริมความรู้ ฝึกทักษะ สร้างความมั่นใจ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการศึกษาระยะ D2 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการสื่อสารของผู้สอนและการนำไปใช้ได้จริง พร้อมเสนอให้เพิ่มสื่อทบทวนที่บ้าน เช่น โปสเตอร์ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา และสื่อวิดีโอภาษาท้องถิ่น เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมต่อไป

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบคะแนน ความรู้, ทักษะ, และ ความมั่นใจ ก่อน–หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 80)

ด้านที่ประเมิน	ก่อนโปรแกรม		หลังโปรแกรม		t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความรู้เกี่ยวกับ CAPD (เต็ม 20)	13.46	1.74	18.51	.79	24.09	79	<.001*
ทักษะการดูแล (เต็ม 45)	37.39	3.00	44.16	.79	20.84	79	<.001*
ความมั่นใจ (Self-efficacy) (เต็ม 75)	39.59	5.47	62.75	1.64	35.19	79	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับ CAPD ทักษะการดูแล และความมั่นใจในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทุกด้าน โดยคะแนนความมั่นใจในตนเองมีการเปลี่ยนแปลงสูงที่สุด รองลงมาคือด้านความรู้ และทักษะการดูแล ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมฯ สามารถส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงระดับภาระและสุขภาพจิตของผู้ดูแลก่อน–หลังโปรแกรม (n = 80)

ด้านที่ประเมิน	ก่อนโปรแกรม		หลังโปรแกรม		t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความเครียด/วิตกกังวล	6.71	1.15	5.56	.91	9.52	79	<.001*
ความรู้สึกโดดเดี่ยว	4.37	1.00	3.64	.72	6.13	79	<.001*
ภาระทางการเงินจากการดูแล	3.33	1.33	3.16	1.41	3.14	79	<.004*
เวลาพักผ่อนส่วนตัวที่ลดลง	3.27	1.48	2.86	.94	3.76	79	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านภาระและสุขภาพจิตลดลง จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความเครียด/วิตกกังวลลดลงจาก 6.71 ± 1.15 เป็น 5.56 ± 0.91 (t = 9.52, df = 79, p < .001) คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลงจาก 4.37 ± 1.00 เป็น 3.64 ± 0.72 (t = 6.13, df = 79, p < .001) คะแนนเฉลี่ยด้านภาระทางการเงินจากการดูแลลดลงจาก 3.33 ± 1.33 เป็น 3.16 ± 1.41 (t = 3.14, df = 79, p = .004) และคะแนนเฉลี่ยด้านเวลาพักผ่อนส่วนตัวที่ลดลง ซึ่งลดลงจาก 3.27 ± 1.48 เป็น 2.86 ± 0.94 (t = 3.76, df = 79, p < .001)

ผลการศึกษาสะท้อนว่า โปรแกรมเสริมพลังอำนาจสามารถช่วยลดภาระการดูแลและผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างมีประสิทธิผล โดยเฉพาะด้านความเครียด/วิตกกังวล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่สุด รองลงมาคือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว เวลาพักผ่อนส่วนตัวที่ลดลง และภาระทางการเงินจากการดูแล ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมของผู้ดูแล (n = 80)

หมวดการประเมิน	$\bar{x}$	SD	ระดับพึงพอใจ
เนื้อหาของโปรแกรม	4.24	0.53	พึงพอใจมากที่สุด
การฝึกปฏิบัติ / กิจกรรม	4.14	1.18	พึงพอใจมาก
การสื่อสารและทักษะของผู้สอน	4.60	0.81	พึงพอใจมากที่สุด
ประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้จริงได้	4.46	0.96	พึงพอใจมากที่สุด
โดยรวม (ความพึงพอใจต่อโปรแกรมทั้งหมด)	4.35	0.19	พึงพอใจมากที่สุด

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.35, SD = 0.19) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสื่อสารและทักษะของผู้สอน (Mean = 4.60, SD = 0.81) รองลงมาคือ ประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้จริงได้ (Mean = 4.46, SD = 0.96) และเนื้อหาของโปรแกรม (Mean = 4.24, SD = 0.53) ซึ่งอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดทุกด้าน ขณะที่ด้านการฝึกปฏิบัติ/กิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 (SD = 1.18) อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมได้เสนอแนะให้พัฒนาโปรแกรมฯ เพิ่มเติม โดยจัดทำโปสเตอร์ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา CAPD สำหรับใช้ทบทวนที่บ้าน เพิ่มวิดีโอสอนเป็นภาษาอีสาน และจัดทำสื่อความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ป่วย CAPD ทั้งนี้ จุดเด่นสำคัญของโปรแกรมฯ ที่ผู้ดูแลสะท้อนตรงกัน คือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุย วางแผน และมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน ซึ่งช่วยเสริมพลังใจและลดภาระของผู้ดูแลหลักได้อย่างชัดเจน

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร (CAPD) พัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยทำงาน และเป็นบุตรหรือคู่สมรสของผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 1 ปี และใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสะท้อนภาระการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน

ของผู้ดูแลหลัก แม้ว่าส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับ CAPD มาก่อน แต่ยังคงมีความต้องการด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และแรงสนับสนุนเพิ่มเติม

โปรแกรมฯ พัฒนาขึ้นจากกระบวนการ R&D ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ การพัฒนาทักษะการดูแล การเสริมความมั่นใจในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ โดยดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ทักษะการดูแล และความมั่นใจในตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่คะแนนความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว ภาระทางการเงิน และผลกระทบต่อเวลาพักผ่อนส่วนตัวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจที่พัฒนาจากบริบทจริงของชุมชนสามารถเพิ่มศักยภาพ ลดภาระ และส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีศักยภาพในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะการดูแล ความมั่นใจในตนเอง และลดภาระรวมถึงผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการพัฒนาผู้ดูแลโดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทจริงของชุมชนมีประสิทธิผลอย่างชัดเจน

ในระยะ R1 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีภาระด้านเวลา เศรษฐกิจ และเกิดความเครียดจากบทบาทการดูแลต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Seangpraw และ Ong-Artborirak (2020) พบว่าผู้ดูแลในชุมชนชนบทไทยมีภาระการดูแลสูงและต้องการระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง[6] รวมทั้งสอดคล้องกับ Roth et al. (2020) ที่ระบุว่าผู้ดูแลในครอบครัวมักได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจจากการดูแลระยะยาว[16] โดยข้อมูลจากระยะ R1 ถูกนำไปใช้ในระยะ D1 โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาเป็นส่วนหนึ่งเพื่อพัฒนาโปรแกรมฯ โดยได้ผสมผสานแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) และทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของ Bandura (1977) เนื่องจากแนวคิดของ Gibson ช่วยส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง การมีส่วนร่วมตัดสินใจ และการค้นพบศักยภาพภายในของตน ขณะที่แนวคิดของ Bandura ช่วยสร้างความมั่นใจผ่านประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากต้นแบบ และการเสริมแรงทางบวก[12,13] การบูรณาการทั้งสองแนวคิดจึงทำให้โปรแกรมครอบคลุมทั้งด้านจิตใจและความสามารถในการปฏิบัติจริง และโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่อง CAPD การฝึกทักษะปฏิบัติจริง การจำลองสถานการณ์ปัญหา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามต่อเนื่องผ่าน Line หรือโทรศัพท์ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบการอบรมเดิมที่มักเน้นการสอนเพียงครั้งเดียวก่อนกลับบ้าน และไม่ครอบคลุมมิติด้านจิตสังคมของผู้ดูแล

ผลการทดลองใช้ในระยะ R2 พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว ภาระทางการเงินและเวลาพักผ่อนที่ลดลงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ดังกล่าวอธิบายได้ว่า การได้รับความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริง ช่วยให้

ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ความสำเร็จ (mastery experience) และมี self-efficacy สูงขึ้น เมื่อมีความมั่นใจมากขึ้นจึงสามารถจัดการปัญหาในการดูแลได้ดีขึ้นและลดความวิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al. (2021) และ Martins et al. (2023) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสามารถเพิ่ม self-efficacy และลด caregiver burden ได้อย่างมีนัยสำคัญ[11,14] โดยกิจกรรมที่คาดว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมครั้งนี้ ได้แก่ การสาธิตย้อนกลับ (return demonstration) การให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกเฉพาะราย การมีเครือข่ายเพื่อนผู้ดูแล และการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ร่วมพูดคุยและวางแผนการดูแลร่วมกัน ซึ่งเป็นจุดเด่นที่ผู้เข้าร่วมสะท้อนว่าช่วยลดความตึงเครียดและเพิ่มความร่วมมือในครอบครัว

นวัตกรรมสำคัญที่เกิดจากการศึกษานี้ คือ CAPD Caregiver Empowerment Program Model ซึ่งเป็นต้นแบบโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ที่พัฒนาจากปัญหาและความต้องการจริงของผู้ดูแลในชุมชน โดยมีจุดเด่น 3 ประการ ได้แก่ (1) เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงของผู้ดูแล (2) บูรณาการแนวคิด Empowerment และ Self-efficacy และ (3) มีระบบติดตามต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยีสื่อสาร และได้องค์ความรู้ใหม่จากงานวิจัยนี้ คือ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD จะเกิดผลดีที่สุดเมื่อดำเนินการแบบองค์รวม ครอบคลุม ความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไม่ใช่อาศัยการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แนวคิดดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้[4]

โดยสรุป โปรแกรมฯ ที่มีฐานมาจากข้อมูลจริงของชุมชนและออกแบบอย่างเป็นระบบ สามารถเพิ่มขีดความสามารถ ลดภาระและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพในการขยายผลสู่บริบทอื่นเพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD จังหวัดมหาสารคามเพียงแห่งเดียว จึงอาจมีข้อจำกัดด้านการสรุปอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน อีกทั้งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงอาจส่งผลต่อความเป็นตัวแทนของประชากร นอกจากนี้ การประเมินผลเป็นระยะสั้นภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ จึงควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรนำโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลไปประยุกต์ใช้ในระบบเยี่ยมบ้านหรือคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย CAPD ในชุมชนอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ควรจัดกิจกรรมอบรมเป็นระยะ พร้อมการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล องค์ประกอบของโปรแกรมฯ ควรถูกปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรและบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย ควรมีการศึกษาต่อยอดโปรแกรมเสริมพลังอำนาจในบริบทอื่น เช่น พื้นที่เมืองหรือกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและความเหมาะสมของโปรแกรมในประชากรหลากหลายกลุ่ม นอกจากนี้ควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น การติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมผู้ดูแลและผลลัพธ์

ทางคลินิกของผู้ป่วย รวมทั้งควรพัฒนาเครื่องมือวัดผลที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อสะท้อนผลกระทบเชิงลึกของโปรแกรมฯ ต่อชีวิตผู้ดูแลและระบบสุขภาพชุมชน

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมฯ โดยเพิ่มสื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้าน เช่น โปสเตอร์ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา CAPD วิดีโอสอนภาษาอีสาน และสื่อความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและทบทวนได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งคงจุดเด่นของโปรแกรมคือการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุย วางแผน และมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน ซึ่งจะช่วยลดภาระผู้ดูแลหลักและส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
2. National Institute of Nephrology. Thailand end-stage renal disease annual report 2023. Bangkok (Thailand): Author; 2023.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานระบบบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2567. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง; 2567.
4. Brown EA, Blake PG, Boudville N, Davies SJ. Supporting caregivers in home dialysis: Current evidence and future directions. Kidney Int Rep. 2022; 7(4): 845-52. doi:10.1016/j.ekir.2022.01.015.
5. Chow KM, Szeto CC, Li PKT. Home-based dialysis and caregiver roles in chronic kidney disease management. Clin Kidney J. 2023; 16(2): 201-9. doi:10.1093/ckj/sfac223.
6. Seangpraw K, Ong-Artborirak P. Burden and well-being among caregivers of chronically ill older adults in rural Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(18): 6895. doi:10.3390/ijerph17186895.
7. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, ญนัท วอลเตอร์. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563; 7(2): 26-38.
8. Kalpesh P, Sharma R, Verma S. Structured caregiver training program and reduction of peritonitis among CAPD patients: A quasi-experimental study. J Ren Care. 2025; 51(1): 22-30.
9. Senthur R, Seshadri G. Effectiveness of caregiver empowerment model on home-based CAPD outcomes in India. Nephrol Nurs J. 2025; 52(1): 14-21.
10. Liu H, Wang X, Chen Y. Self-efficacy intervention for family caregivers of patients with dementia: A randomized controlled trial. Aging Ment Health. 2022; 26(8): 1550-8. doi:10.1080/13607863.2021.1908992.

11. Tsai PC, Chen YH, Lin HS. Effects of an empowerment intervention on burden and quality of life among stroke caregivers. J Clin Nurs. 2021; 30(9-10): 1344-53. doi:10.1111/jocn.15654.
12. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs. 1995; 21(6): 1201-10. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x.
13. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84(2): 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191.
14. Martins A, Silva R, Costa P. Coaching-based caregiver support program in chronic kidney disease: Effects on confidence and burden. BMC Nephrol. 2023; 24: 211. doi:10.1186/s12882-023-03211-4.
15. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
16. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. Annu Rev Public Health. 2020; 41: 635-52. doi:10.1146/annurev-publhealth-040119-094330.